

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies : Malakoff Humanis Assurances et SwissLife Prévoyance et Santé

Entreprises d'assurance immatriculées en France et régies par le Code des Assurances

Produit : PACK EXPAT' ENTREPRISE – FRAIS DE SANTÉ – EXPATRIES



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance santé « Pack Expat' Entreprise- Frais de santé » est un contrat collectif destiné à assurer le remboursement, en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) ou au 1^{er} euro, de tout ou partie des frais de santé engagés par les salariés expatriés du souscripteur affiliés au contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de couverture choisi figurant dans le tableau de garanties. Les garanties sont plafonnées à un montant maximal par an et par bénéficiaire de 2 000 000 € et ne peuvent être plus élevées que les dépenses engagées. En fonction des plafonds, une somme peut rester à la charge de l'assuré.

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation médicale ou chirurgicale, psychiatrique et frais d'accouchement avec césarienne** : honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoires, frais de séjour, hospitalisation à domicile ;
- ✓ **Frais de transport** en cas d'urgence jusqu'à l'établissement de santé approprié ;
- ✓ **Pratiques médicales courantes** : consultations médicales, examens médicaux, médicaments prescrits ;
- ✓ **Appareillages** : prothèses orthopédiques, médicales et auditives ;
- ✓ **Maternité** : frais d'accouchement sans césarienne ;
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses et implants dentaires ;
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres) et lentilles.

Les garanties additionnelles en fonction du niveau de garantie

Médecine alternative : actes effectués par les homéopathes, les ostéopathes, les chiropracteurs, les acupuncteurs, les podologues et les diététiciens ;

Frais dentaires : orthodontie ;

Cures thermales : frais de transport et d'hébergement.

Garanties annexes systématiquement prévues

- ✓ **Assistance et assurance bagages**
- ✓ **Responsabilité civile**

① Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période d'effet des garanties ;
- ✗ Les frais liés à une hospitalisation en France réalisée dans un établissement non conventionné avec la Sécurité Sociale française.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions :

- ! Les conséquences de tous les sports pratiqués à titre professionnel ;
- ! Les frais de traitement esthétique ou de chirurgie réparatrice non consécutifs à un accident ou une pathologie survenus pendant la période de couverture ;
- ! Les frais liés à des consultations externes en psychologie, psychothérapie et psychanalyse et plus généralement aux maladies mentales et nerveuses ;
- ! Les frais non pris en charge par la CFE, ou qui n'auraient pas été pris en charge par la Sécurité Sociale française pour les couvertures au 1^{er} euro y compris les franchises médicales et la participation forfaitaire, sauf expressément garantis au titre du contrat selon le niveau de garanties choisi ;
- ! Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'accord préalable nécessaire n'a pas été effectuée ou a été effectuée dans des conditions ne respectant pas les dispositions contractuelles ou a été refusée.

Principales restrictions :

- ! **Hospitalisation médicale ou chirurgicale, psychiatrique et frais d'accouchement avec césarienne** : les frais liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale au-delà de 180 jours continus (30 jours par an en cas d'hospitalisation psychiatrique).
- ! **Frais dentaires** : le traitement d'orthodontie entrepris après l'âge de 16 ans.



Où sont couverts les salariés expatriés ?

Les salariés expatriés et les membres de leur famille bénéficiaire du contrat frais de santé sont couverts dans leur pays d'expatriation, tel que déclaré par le souscripteur et précisé sur l'attestation d'assurance et en France.



Quelles sont les obligations du souscripteur ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle du souscripteur entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

À la souscription :

- répondre avec exactitude aux questions du gestionnaire du contrat relatives à la catégorie de personne à garantir via le formulaire de demande d'adhésion ;
- déclarer, au gestionnaire du contrat, toute personne, qui entre dans la catégorie de personnes admissibles au contrat dans les 15 jours qui suivent la date de départ à l'étranger ;
- transmettre à tous les assurés une notice d'information remise par l'assureur.

En cours de contrat :

- déclarer au gestionnaire du contrat toute personne, qui, au cours du contrat, entre dans la catégorie des personnes admissibles au contrat, dans les 15 jours qui suivent la date de départ à l'étranger ;
- régler la cotisation prévue au contrat ;
- transmettre à tous les salariés l'addenda modificatif ou la nouvelle notice d'information remise par l'assureur ;
- déclarer au gestionnaire du contrat toute personne qui, au cours du contrat, sort de la catégorie des personnes admissibles au contrat. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours suivants la sortie de la catégorie.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations doivent être réglées à terme échu, en euro, trimestriellement. Elles sont payables, notamment par prélèvement automatique, dans les 10 jours qui suivent l'échéance. Les moyens de paiement doivent être libellés exclusivement au nom du gestionnaire du contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion au contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières. L'adhésion au contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. L'adhésion au contrat est ensuite renouvelée annuellement par tacite reconduction, chaque 1er janvier.

L'adhésion au contrat prend fin de plein droit :

- en cas de retrait total de l'agrément de l'assureur, sous réserve des dispositions prévues au titre à la continuité de la couverture par l'assureur non démissionnaire dans le cadre de la co-assurance ;
- à la date de résiliation de l'adhésion ou du contrat.



Comment puis-je résilier l'adhésion au contrat ?

Le souscripteur peut mettre fin à l'adhésion au contrat :

- au 31 décembre de chaque année, sous réserve que cette demande soit envoyée au gestionnaire du contrat au plus tard le 31 octobre.
- à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription. La résiliation de l'adhésion au contrat prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par le gestionnaire du contrat de la notification du souscripteur.
- Le souscripteur peut résilier l'adhésion au contrat notamment par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 113-14 du Code des Assurances français.

MALAKOFF HUMANIS ASSURANCES Société Anonyme régie par le Code des assurances français au capital social de 23 565 660 € entièrement libéré, RCS de Paris n°447 883 661 - Siège social : 21 Rue Laffitte 75009 PARIS

SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE Société Anonyme, régie par le Code des assurances français au capital social de 150 000 000€ entièrement libéré, RCS de NANTERRE n° 322 215 021 – Siège social : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret