

Conditions Générales : Solution Expatriés

Les garanties de votre contrat, à l'exception des garanties d'assistance, sont régies par le Code des assurances.

Votre contrat se compose des présentes Conditions Générales, complétées par vos Conditions Particulières.

Parmi les garanties définies ci-après, celles que vous avez choisies figurent dans vos Conditions Particulières, selon la formule que vous avez souscrite et pour laquelle vous avez acquitté la prime correspondante. Toutes les garanties sont valables un an et soumises à la condition que vous résidiez à l'étranger mais que vous ayez votre domicile légal ou votre siège social en France.

Les garanties "assistance au voyageur" et "véhicule de remplacement" sont acquises pour tout déplacement privé ou professionnel.

Toutes les autres garanties sont acquises lors d'un voyage privé ou professionnel.

Lisez attentivement vos Conditions Générales. Elles vous précisent nos droits et obligations respectifs et répondent aux questions que vous vous posez.

DÉFINITIONS

Certains termes sont fréquemment utilisés dans nos contrats d'assurance. Nous vous indiquons ci-après la signification qu'il convient de leur donner.

• **DÉFINITION DES INTERVENANTS AU CONTRAT**

ASSURÉ :

- le souscripteur, personne physique ou représentant légal de la personne morale,
 - les personnes désignées dans vos Conditions Particulières,
- à condition d'avoir une résidence fixe à l'étranger, de conserver son domicile légal en France, et d'être âgé de moins de 65 ans.

NOUS : AGA International, ci-après dénommée par son nom commercial « Mondial Assistance », c'est à dire l'assureur auprès duquel vous avez souscrit votre contrat d'assurance.

SOUSCRIPTEUR : le signataire des Conditions Particulières qui s'engage, de ce fait, à régler la prime d'assurance.

VOUS : la ou les personnes assurées.

• **DÉFINITION DES TERMES D'ASSURANCE**

ACCIDENT : tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime ou à la chose endommagée, constituant la cause du dommage.

AUTORITÉ MÉDICALE HABILITÉE / MÉDECIN : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine légalement reconnu dans le pays où elle exerce habituellement son activité professionnelle.

COUPLE : mariage, concubinage notoire, pacs.

DOMICILE : habitation située dans votre pays d'origine en France.

ÉTRANGER : tout pays à l'exception de la France.

EUROPE : Union Européenne (y compris les collectivités territoriales d'outre-mer suivantes : la Réunion, la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane) et Suisse.

FAMILLE : à partir de 3 personnes, parent(s) et enfant(s) fiscalement à charge.

FRANCE : France métropolitaine (Corse comprise), la Réunion, la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane.

FRANCHISE : part du préjudice laissée à votre charge dans le règlement du sinistre. Les montants de franchise se rapportant à chaque garantie sont précisés au tableau des montants de garanties et des franchises.

MAGHREB : Algérie, Maroc, Tunisie.

PRESCRIPTION : période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

RÉSIDENCE : habitation située dans votre pays d'expatriation mentionné aux Conditions Particulières.

SINISTRE : toutes les conséquences dommageables d'un événement entraînant l'application de l'une des garanties souscrites. Constitue un seul et même sinistre l'ensemble des dommages procédant d'une même cause initiale.

SUBROGATION : action par laquelle nous nous substituons dans vos droits et actions contre l'éventuel responsable de vos dommages afin d'obtenir le remboursement des sommes que nous vous avons réglées à la suite d'un sinistre.

TIERS : toute personne physique ou morale, à l'exclusion :

- de la personne assurée,
 - des membres de sa famille,
 - des personnes l'accompagnant,
- de ses préposés, salariés ou non, dans l'exercice de leurs fonctions.

VOYAGE : transport et/ou séjour prévu(s) pendant la période de validité du présent contrat, et organisé(s), vendu(s) ou fourni(s) par un professionnel du voyage, professionnel du transport ou distributeur habilité.

> **Au titre de la garantie « Assistance au voyageur » :**

FRAIS D'HÉBERGEMENT : frais supplémentaires d'hôtel et de téléphone avec nous, consécutifs à un événement garanti, à l'exclusion de tous frais de restauration et de boisson.

FRAIS FUNÉRAIRES : frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et de cercueil du modèle le plus simple, nécessaires au transport et conformes à la législation locale, à l'exclusion des frais d'inhumation, d'embaumement et de cérémonie.

FRAIS MÉDICAUX : frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation prescrits médicalement, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une pathologie et à caractère urgent.

HOSPITALISATION D'URGENCE : séjour de plus de 48 heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'urgence, c'est à dire non programmée et ne pouvant être reportée.

MALADIE : toute altération de votre santé constatée par une autorité médicale compétente.

TRAJET : itinéraire parcouru jusqu'au lieu de destination indiqué sur le billet ou le bulletin d'inscription au voyage, quel que soit le nombre de vols empruntés, qu'il s'agisse du trajet aller ou du trajet retour.

URGENCE MÉDICALE : événement médical inopiné.

> **Au titre de la garantie « Individuelle accident » :**

AYANT DROIT : personne bénéficiant de prestations versées, non à titre personnel, mais du fait de ses liens avec l'assuré. Sauf stipulation contraire lors de la souscription du présent contrat, sont visés exclusivement le conjoint, à défaut les enfants, à défaut les héritiers de l'assuré.

BARÈME ACCIDENT DU TRAVAIL : barème d'évaluation des taux d'invalidité résultant d'un accident du travail, annexé au Code de la sécurité sociale (Annexe I à l'article R 434-35 dudit Code).

CONSOLIDATION : constat effectué par une autorité médicale établissant, à un moment donné et avec certitude, les conséquences définitives d'un accident ou d'une maladie.

INVALIDITÉ PERMANENTE : perte définitive, partielle ou totale, de la capacité fonctionnelle d'une personne qui s'exprime en pourcentage par référence au barème « accident du travail » et est établie par expertise médicale.

SEUIL D'INTERVENTION : pourcentage d'invalidité permanente partielle à partir duquel l'assuré peut être indemnisé pour son préjudice d'invalidité permanente partielle.

> **Au titre de la garantie « Dommages aux bagages » :**

ACCIDENT CORPOREL : toute atteinte corporelle non intentionnelle, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

ACCIDENT GRAVE : toute atteinte temporaire ou définitive à votre intégrité physique, constatée médicalement, impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre et ayant nécessité un suivi et une surveillance médicale matérialisée.

BIENS DE PREMIÈRE NéCESSITÉ : effets vestimentaires et de toilette vous permettant de faire face temporairement à l'indisponibilité de vos effets personnels.

OBJETS DE VALEUR : sont considérés comme des objets de valeur, les bijoux, les objets façonnés avec du métal précieux, les pierres précieuses, les perles, les montres, les fourrures, les fusils de chasse, le matériel photographique, cinématographique, informatique et téléphonique mobile, le matériel d'enregistrement et de reproduction de son, d'image, ainsi que les accessoires de ces matériels, les objets autres que les vêtements d'une valeur unitaire supérieure à 500 €.

OUTILS DE TRAVAIL MOBILES : téléphone portable, ordinateur portable et assistant numérique, mis à votre disposition dans le cadre de votre activité professionnelle.

VÉTUSTÉ : dépréciation de la valeur d'un bien causée par le temps, l'usage ou ses conditions d'entretien au jour du sinistre.

> **Au titre de la garantie « Responsabilité civile vie privée à l'étranger » :**

AYANT DROIT : personne bénéficiant de prestations versées, non à titre personnel, mais du fait de ses liens avec l'assuré.

DOMMAGE CORPOREL : toute atteinte corporelle (blessure, décès) subie involontairement par une personne physique.

DOMMAGE IMMATÉRIEL CONSÉCUTIF : tout préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien, de la perte d'un bénéfice et qui est la conséquence directe ou indirecte d'un dommage corporel ou matériel garanti.

DOMMAGE MATÉRIEL : toute détérioration ou destruction accidentelle d'un bien, ainsi que tout dommage subi par un animal domestique.

RESPONSABILITÉ CIVILE : obligation de réparer les conséquences d'un dommage causé à un tiers par son fait ou du fait des personnes dont on est responsable ou du fait des choses dont on a la garde.

> **Au titre de la garantie « Rachat de franchise » :**

FRANCHISE : part du sinistre qui reste à votre charge dans le contrat de location, lorsque vous avez refusé la garantie « Rachat de franchise » proposée par le loueur.

VEHICULE : voiture d'un poids total en charge inférieur à 3,5 tonnes, non utilisée même à titre occasionnel, pour le transport onéreux de voyageurs ou de marchandises.

> **Au titre de la garantie « Véhicule de remplacement » :**

VEHICULE : voiture, remorque, caravane, remorque de camping-car d'un poids total en charge inférieur à 3,5 tonnes, non utilisée même à titre occasionnel, pour le transport onéreux de voyageurs ou de marchandises. Le véhicule, quel que soit son âge, doit avoir satisfait à la réglementation en vigueur en matière de contrôle technique.

On entend également par véhicule les motos d'une cylindrée supérieure ou égale à 125 cm³.

TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

Les garanties de votre contrat s'appliquent dans le pays d'expatriation mentionné aux Conditions Particulières, à l'exclusion de la France.

Vous êtes également couvert lors de vos déplacements privés ou professionnels d'une durée inférieure à trois mois dans la zone géographique du tarif retenu à la souscription.

Ainsi, en cas d'expatriation dans un pays d'Europe ou du Maghreb, vous êtes uniquement couvert dans les pays de cette zone, y compris en France, pour des déplacements inférieurs à trois mois.

En cas d'expatriation dans un pays en dehors de l'Europe ou du Maghreb, vous êtes couvert dans le monde entier, y compris en France, pour des déplacements inférieurs à trois mois.

La garantie « Véhicule de remplacement » s'applique uniquement en Europe et Maghreb.

LES EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie, nous n'assurons jamais les conséquences des circonstances et événements suivants :

1. la guerre civile ou étrangère, les émeutes, les mouvements populaires, les grèves, les prises d'otage, la manipulation d'armes ;
2. votre participation volontaire à des paris, crimes ou rixes, sauf cas de légitime défense ;
3. tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant ;
4. vos actes intentionnels et fautes dolosives, y compris le suicide et la tentative de suicide ;
5. votre consommation d'alcool, de drogue et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la Santé publique, non prescrite médicalement ;
6. les événements dont la responsabilité pourrait incomber soit à l'organisateur de votre voyage en application des titres VI et VII de la loi n° 92-645 du 13 juillet 1992 fixant les conditions d'exercice des activités d'organisation et de vente de séjours, soit au transporteur, notamment en raison de sécurité aérienne et/ou de sur-réservation ;
7. votre refus d'embarquer sur le vol initialement prévu par l'organisme habilité.

LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

ASSISTANCE AU VOYAGEUR

1. **L'OBJET DE LA GARANTIE**

Dès lors que vous faites appel à notre assistance, les décisions relatives à la nature, à l'opportunité et à l'organisation des mesures à prendre appartiennent exclusivement à notre service Assistance.

> **ASSISTANCE ACCIDENT, MALADIE ET IMPRÉVU**

1.1. **Assistance Rapatriement**

Si votre état de santé nécessite un rapatriement, nous vous assistons de la façon suivante.

- **Organisation et prise en charge de votre retour ou de votre transport vers un établissement hospitalier**

Nous organisons et prenons en charge le retour à votre domicile, soit en France, soit dans votre pays de séjour, ou le transport vers l'établissement hospitalier le plus proche de celui-ci et/ou le plus apte à prodiguer les soins exigés par votre état de santé.

Dans ce dernier cas, si vous le souhaitez, nous pouvons organiser ensuite, dès que votre état de santé le permet, le retour dans votre pays de séjour.

- **Remboursement de vos frais d'hébergement et de ceux exposés par les membres de votre famille assurés ou d'une personne assurée vous accompagnant**

Nous vous remboursons, sur présentation des justificatifs et dans les limites figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, vos frais supplémentaires d'hébergement et ceux exposés par les membres de votre famille assurés ou d'une personne assurée vous accompagnant.

- **Organisation et prise en charge du retour d'un accompagnant assuré et des enfants mineurs**

Nous organisons et prenons également en charge, après accord de notre service médical, le voyage d'une personne assurée se trouvant avec vous sur place pour lui permettre de vous accompagner et/ou le retour au domicile des enfants mineurs qui voyageaient avec vous si aucun membre majeur de votre famille n'est présent sur place à leur côté et si votre rapatriement a lieu plus de 24 heures avant la date de leur retour initial.

IMPORTANT :

Les décisions sont prises en considération de votre seul intérêt médical, et appartiennent exclusivement aux médecins de Mondial Assistance en accord avec les médecins traitant locaux.

Nos médecins se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec votre médecin traitant habituel, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à votre état de santé.

Par ailleurs, nous ne pouvons en aucun cas prendre en charge les retours en France liés aux soins médicaux couverts par la garantie Frais de soins à l'étranger sans que votre rapatriement n'ait été décidé et géré par notre personnel médical.

Votre rapatriement est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Si vous refusez de suivre les décisions prises par notre service médical, vous nous déchargerez de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perdrez tout droit à prestation et indemnisation de notre part.

Par ailleurs, nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

Femmes enceintes : En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies, et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, présentation d'un certificat médical, demande de l'accord médical de la compagnie...

En cas de nécessité, et sous réserve des conditions exposées ci-dessus, nous organisons votre transport par avion à la condition expresse que les médecins et/ou les compagnies aériennes ne s'y opposent pas.

1.2. Hospitalisation sur place

• Prise en charge des frais permettant à un membre de votre famille de se rendre à votre chevet

Si vous êtes hospitalisé sur place **plus de 5 jours, ou plus de 48 heures** si vous êtes mineur ou handicapé et qu'aucun membre majeur de votre famille ne vous accompagnait pendant votre séjour :

- nous prenons en charge le trajet aller/retour d'un membre de votre famille resté en France afin qu'il se rende à votre chevet ;
- nous remboursons, sur présentation des justificatifs et dans la limite du montant figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, les frais d'hébergement exposés par cette personne.

Cette prestation ne se cumule pas avec la garantie « Organisation et prise en charge du retour d'un accompagnant assuré et des enfants mineurs ».

1.3. Envoi de médicaments sur place

Si vous séjournez à l'étranger et que vous avez besoin de médicaments introuvables sur place :

- **sous réserve d'une prescription de votre médecin traitant local correspondant à la date de la demande,** nous prenons en charge l'envoi de médicaments introuvables sur place, **s'ils sont indispensables à un traitement curatif en cours, à condition qu'aucun médicament équivalent ne puisse vous être prescrit sur place et que les règlements sanitaires ou douaniers nationaux ou internationaux ne s'opposent pas à une telle expédition ;**
- nous vous faisons parvenir ces produits dans les meilleurs délais. Toutefois, nous ne pouvons être tenus pour responsables des délais imputables aux organismes de transport sollicités ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.

Vous vous engagez à nous rembourser ces médicaments dans un délai de trois mois à compter de leur réception. Passé ce délai, nous serons en droit d'exiger, en outre, des frais et intérêts légaux.

1.4. Soutien psychologique

Nous mettons à votre disposition notre service d'écoute et d'accompagnement téléphonique, dans les limites figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en cas de traumatisme important à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti.

1.5. Assistance retour anticipé

Nous organisons et prenons en charge, dans la mesure où les moyens initialement prévus pour votre retour en France ne peuvent pas être utilisés, le trajet aller/retour d'une des personnes assurées au titre du présent contrat, et figurant sur le même bulletin de souscription.

Vous pouvez bénéficier de cette prestation dans les cas suivants :

- **en cas de maladie ou d'accident, entraînant une hospitalisation d'urgence, débutant pendant la durée de votre séjour** et engageant le pronostic vital selon avis de notre service médical, de votre conjoint de droit ou de fait, de l'un de vos descendants mineurs ou handicapés, ne participant pas au voyage et vivant en France ;
- **afin d'assister aux obsèques, suite au décès** de votre conjoint de droit ou de fait, de l'un de vos ascendants ou descendants directs, frères, sœurs, de votre tuteur légal, de la personne placée sous votre tutelle, ne participant pas au voyage et vivant en France.

1.6. Assistance en cas d'interruption de votre mission professionnelle

En cas d'interruption de votre mission professionnelle suite à un événement garanti, nous prenons en charge les frais de transport engagés par votre entreprise pour permettre à un collaborateur de remplacement de poursuivre la mission interrompue.

1.7. Assistance en cas de maladie ou d'accident de l'un de vos enfants

• Organisation et prise en charge de son transport vers un établissement hospitalier

En cas de maladie ou d'accident **de l'un de vos enfants resté à votre domicile en France**, nous organisons et prenons en charge son transport vers l'établissement hospitalier le plus proche et/ou le plus apte à prodiguer les soins exigés par son état de santé, puis **son retour au domicile en France**, dès que son état le permet.

Notre intervention suppose que votre enfant, malade ou accidenté, soit **mineur ou handicapé**, et que la personne chargée de sa garde soit munie de votre autorisation écrite.

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

Sur votre demande, nous vous proposons également les prestations suivantes :

- si vous avez laissé une adresse de voyage, nous vous tenons informé et organisons votre retour si votre présence est indispensable ;
- en cas de maladie bénigne, nous mettons à votre disposition une garde d'enfant qui restera à son chevet jusqu'à votre retour si nécessaire ;
- nous faisons porter à votre enfant le cadeau que vous avez choisi pour lui.

Le coût de ces deux dernières prestations reste à votre charge.

1.8. Assistance « imprévu »

• Communication avec votre famille ou votre entreprise

Si vous ne pouvez plus communiquer avec votre famille ou votre entreprise, dans la mesure où vous réussissez à nous joindre, nous leur transmettons vos messages urgents.

• Événement imprévu

En cas d'événement imprévu (grève, détournement d'avion, accident ou maladie ne nécessitant pas votre rapatriement médical) modifiant le déroulement de votre voyage, nous mettons tous nos moyens en œuvre pour vous réserver une chambre d'hôtel, une voiture de location ou un billet d'avion.

Les frais engagés restent à votre charge.

• Vol de vos papiers d'identité, cartes de crédit, titres de transport ou documents professionnels

En cas de vol de vos papiers d'identité, de vos cartes de crédit et/ou de vos titres de transport :

- nous pouvons vous conseiller les démarches à effectuer ;
 - nous pouvons intervenir pour faire les oppositions nécessaires dans la mesure où vous nous donnez procuration par fax dans ce sens ;
 - si vous ne disposez plus d'aucun moyen de paiement, nous vous accordons une avance de fonds d'un montant ne pouvant excéder le plafond figurant au tableau des montants de garanties et des franchises.
- Dans ce cas, vous disposez d'un délai de trois mois, à compter de la mise à disposition des fonds, pour nous rembourser cette avance ou les frais engagés par nous pour votre compte.
- Passé ce délai, nous serons en droit d'exiger, en outre, des frais et intérêts légaux.

1.9. Bilan de santé

Communication des coordonnées d'un centre où effectuer votre bilan médical

Avant votre départ à l'étranger et/ou lors de votre retour en France, sur simple appel de votre part, nous vous communiquons les coordonnées d'un centre où vous pouvez effectuer un bilan de santé.

Le coût de la consultation reste à votre charge.

➤ ASSISTANCE JURIDIQUE

1.10. Assistance juridique à l'étranger

• Remboursement des honoraires d'avocat

Lorsqu'une action judiciaire est engagée contre vous, nous vous remboursons les honoraires de votre avocat, sur présentation des justificatifs et dans la limite du plafond figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, dans la mesure où :

- le litige n'est pas relatif à votre activité professionnelle,
- le litige n'est pas relatif à l'usage ou la garde d'un véhicule terrestre à moteur,
- les faits reprochés ne sont pas, selon la législation du pays où vous séjournez, susceptibles de sanctions pénales.

• Avance sur cautionnement pénal

Si vous êtes incarcéré ou menacé de l'être, à condition que les poursuites dont vous faites l'objet ne soient pas motivées par :

- le trafic de stupéfiants et/ou de drogues,
 - votre participation à des mouvements politiques,
 - toute infraction volontaire à la législation du pays où vous séjournez,
- vous nous avançons, dans la limite indiquée au tableau des montants de garanties et des franchises, le montant de la caution pénale légalement exigible.

Dans ce cas, vous disposez d'un délai de trois mois, à compter de la mise à disposition de la somme, pour nous rembourser cette avance.

Passé ce délai, nous serons en droit d'exiger en outre des frais et intérêts légaux.

➤ ASSISTANCE DÉCÈS

1.11. Assistance en cas de décès d'une personne assurée

En cas de décès d'une personne assurée, nous organisons et prenons en charge :

- **le transport du corps** du lieu de mise en bière au lieu d'inhumation en France,
- **les frais funéraires**, dans la limite du plafond figurant au tableau des montants de garanties et des franchises,
- **les frais supplémentaires de transport des membres assurés de la famille du défunt ou d'une personne assurée**, l'accompagnant, dans la mesure où les moyens initialement prévus pour leur retour en France ne peuvent plus être utilisés du fait de ce décès.

➤ FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION D'URGENCE A L'ETRANGER

1.12. Frais médicaux et d'hospitalisation d'urgence à l'étranger, en complément d'un régime primaire d'assurance maladie

Dans la limite des montants figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, et sous déduction de la franchise figurant dans ce même tableau :

• Remboursement des frais d'urgence restant à votre charge (hors frais dentaires)

Si vous engagez hors de France des frais médicaux ou d'hospitalisation d'urgence sur prescription médicale, nous vous remboursons les frais restant à votre charge (hors frais dentaires) après intervention de votre organisme social de base, de votre mutuelle et de tout organisme d'assurance ou de prévoyance.

• Remboursement des frais dentaires d'urgence

Nous vous remboursons également les frais dentaires d'urgence restant à votre charge après intervention de votre organisme social de base, de votre mutuelle et de tout organisme d'assurance ou de prévoyance.

Pour bénéficier de ces remboursements, vous devez, sauf si vous avez souscrit le Pack Optimum Santé Frais de soins à l'étranger au 1^{er} Euro », relever obligatoirement d'un régime primaire d'assurance maladie vous couvrant au titre des frais médicaux survenant à l'étranger, pendant toute la durée du présent contrat.

• Avance des frais d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, nous pouvons procéder à l'avance des frais, par règlement direct au centre hospitalier dans la limite du plafond figurant au tableau des montants de garanties et des franchises.

Dans ce cas, vous vous engagez à nous rembourser cette avance dans un délai de trois mois à compter de l'avance des frais.

Passé ce délai, nous serons en droit d'exiger, en outre, des frais et intérêts légaux.

Nos remboursements et/ou avances cessent le jour où notre service médical estime que votre rapatriement est possible.

Dans tous les cas, vous vous engagez à présenter votre demande de remboursement auprès de votre organisme social de base, de votre mutuelle et de tout organisme d'assurance ou de prévoyance auquel vous pouvez prétendre.

2. LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

Outre les exclusions communes à l'ensemble des garanties, sont également exclus :

- **Au titre des garanties « Assistance accident, maladie et imprévu », « Assistance juridique » et « Assistance décès » :**
 - 2.1. **les frais engagés sans l'accord préalable de notre service Assistance ;**
 - 2.2. **les conséquences des maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue ou d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire, dans les 6 mois précédant la demande d'assistance ;**

- 2.3. les conséquences d'une affection en cours de traitement, non consolidée pour laquelle vous êtes en séjour de convalescence, ainsi que les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
 - 2.4. les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitement, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement précédent ;
 - 2.5. les conséquences des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place ;
 - 2.6. l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences ainsi que les grossesses ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance ;
 - 2.7. la psychiatrie ;
 - 2.8. les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
 qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays où vous séjournez ;
 - 2.9. votre participation à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires ;
 - 2.10. votre inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par vous des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;
 - 2.11. les conséquences d'un accident survenu lors de la pratique par vous d'un sport aérien (y compris, delta-plane, parapente, planeur) ou de l'un des sports suivants : skeleton, bobsleigh, saut à ski, alpinisme avec passage en cordée, varappe, plongée sous-marine avec appareil autonome, spéléologie, saut à l'élastique, parachutisme ;
 - 2.12. les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement, ainsi que les frais de restauration et toute dépense pour laquelle vous ne pourriez produire de justificatif.
- Au titre de la garantie « Frais médicaux et d'hospitalisation d'urgence à l'étranger », sont en outre, exclus :
 - 2.13. les frais médicaux non couverts au jour du sinistre par une couverture primaire ;
 - 2.14. les frais de cure thermale, d'héliothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement et de toute cure de « confort » ou de traitement esthétique, les frais de kinésithérapeute ;
 - 2.15. les frais d'implant, de prothèse, d'appareillage et d'optique ;
 - 2.16. les frais de vaccination ;
 - 2.17. les frais résultant de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale ;
 - 2.18. les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française.

3. CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE EN CAS DE SINISTRE

3.1. Pour une demande d'assistance

Vous devez nous contacter ou nous faire contacter par un tiers, dès que votre situation vous laisse supposer un retour anticipé ou des dépenses entrant dans le champ de notre garantie.

Nos services se tiennent à votre disposition 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 :

par téléphone au 01 42 99 02 02
ou au 33 1 42 99 02 02, si vous êtes hors de France

Il vous sera attribué immédiatement un numéro de dossier et nous vous demanderons de :

- nous préciser votre numéro de contrat,
- nous indiquer votre adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre, ainsi que les coordonnées des personnes qui s'occupent de vous,
- permettre à nos médecins l'accès à toutes les informations médicales qui vous concernent, ou qui concernent la personne qui a besoin de notre intervention.

3.2. Pour une demande de remboursement

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par vous avec notre accord, vous devez nous communiquer tous les justificatifs permettant d'établir le bien fondé de votre demande.

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par nos services, ne donnent pas droit à remboursement ni à indemnité compensatoire.

3.3. Pour la prise en charge d'un transport

Lorsque nous organisons et prenons en charge un transport au titre de nos garanties, celui-ci est effectué en train 1^{ère} classe et/ou en avion classe touriste ou encore en taxi, selon la décision de notre service Assistance.

Dans ce cas, nous devenons propriétaires des billets initiaux et vous vous engagez à nous les restituer ou à nous rembourser le montant dont vous avez pu obtenir le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ces titres de transport.

Lorsque vous ne détenez pas initialement de billet retour, nous vous demandons le remboursement des frais que vous auriez exposés, en tout état de cause, pour votre retour, sur la base de billets de train 1^{ère} classe et/ou d'avion en classe touriste, à la période de votre retour anticipé, avec la compagnie qui vous avait acheminé à l'aller.

4. CADRE DE NOS INTERVENTIONS D'ASSISTANCE

Nous intervenons dans le cadre des lois et règlements nationaux et internationaux et nos prestations sont subordonnées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités administratives compétentes.

Par ailleurs, nous ne pouvons être tenus pour responsables des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus à la suite d'un cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, restrictions de la libre circulation, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité ou de tout autre cas fortuit.

INDIVIDUELLE ACCIDENT

1. L'OBJET DE LA GARANTIE

1.1. Capital en cas de décès

En cas de décès de l'assuré consécutif à un accident garanti, nous garantissons le paiement d'un capital, dans la limite du plafond figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, au conjoint de droit ou, à défaut, aux héritiers de l'assuré, sauf stipulation contraire aux Conditions Particulières du présent contrat.

Le décès doit survenir dans le délai d'un an qui suit l'accident et être la conséquence directe de ce dernier, la preuve incombant au bénéficiaire, qui devra, en particulier, établir le cas fortuit de l'événement.

Les indemnités qui auront éventuellement été versées avant le décès, au titre de l'invalidité permanente, résultant du même accident, seront déduites du capital décès.

1.2. Capital en cas d'invalidité permanente

En cas d'invalidité permanente et définitive consécutive à un accident garanti, nous vous garantissons le paiement d'un capital, dont le montant est calculé comme suit.

• La détermination de votre taux d'invalidité

Une expertise est organisée par notre médecin-expert afin de déterminer, après consolidation de vos blessures, votre taux d'invalidité, par référence au barème « accident du travail » annexé au Code de la sécurité sociale (Annexe I à l'article R 434-35 dudit Code).

Vous pouvez vous faire assister, à vos frais, d'un médecin de votre choix.

Vous vous engagez à nous communiquer tous les renseignements que nous jugeons utiles de connaître afin de déterminer votre invalidité.

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise, les dispositions de l'article 9 des « Dispositions Administratives » sont appliquées.

• Le calcul du capital versé

L'indemnité qui vous est versée est calculée en multipliant le plafond dont le montant est indiqué au tableau des montants de garanties et des franchises par votre taux d'invalidité, sous réserve des dispositions suivantes :

- votre taux d'invalidité ne peut pas dépasser 100%,
- les invalidités inférieures ou égales à 10% ne sont pas indemnisées,
- les invalidités supérieures à 10% donnent lieu au paiement d'un capital proportionnel à votre taux d'invalidité : aucune franchise n'est alors appliquée.

1.3. Cumul par événement

Lorsqu'un même événement cause un dommage à plusieurs personnes, le plafond par événement, dont le montant est fixé au tableau des montants de garanties et des franchises, constitue notre engagement maximum.

Le plafond par événement s'appliquera dès qu'il sera atteint par la somme des indemnités dues à chaque assurée victime. Les indemnités versées sont réduites et réglées proportionnellement au nombre d'assurés victimes.

2. LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

Outre les exclusions communes à l'ensemble des garanties, sont également exclus :

- 2.1. votre participation à tout sport à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération ;
- 2.2. la pratique d'un sport mécanique ou aérien, l'usage des motos de 125 cm³ et plus ;
- 2.3. la pratique de la varappe, l'alpinisme, la spéléologie, la luge de compétition, la plongée sous-marine avec ou sans appareillage autonome, le parachutisme, le deltaplane, le parapente ;
- 2.4. les dommages corporels non consécutifs à un accident, y compris les accidents cardiaques ;
- 2.5. la paralysie, l'aliénation mentale, l'épilepsie, la surdité ou la cécité dont vous seriez atteint ;
- 2.6. une activité manuelle pratiquée dans l'exercice de votre profession ;
- 2.7. votre participation à des exercices effectués sous le contrôle de l'autorité militaire ;
- 2.8. le bénéficiaire de la garantie lorsque ce dernier a été reconnu coupable et condamné pour vous avoir donné la mort ;
- 2.9. des accidents médicalement constatés qui sont antérieurs au voyage ;
- 2.10. une affection en cours de traitement, non consolidée pour laquelle vous êtes en séjour de convalescence ;
- 2.11. l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, une fécondation in vitro et leurs conséquences ;
- 2.12. une affection survenant au cours d'un voyage entrepris dans le but de diagnostic et/ou de traitement ;
- 2.13. une activité non fournie par l'organisateur du voyage.

3. CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE EN CAS DE SINISTRE

Vous devez :

- nous déclarer le sinistre, par lettre recommandée, dans les cinq jours où vous en avez eu connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure ;

➤ directement sur notre site Internet :
<https://declaration-sinistre.mondial-assistance.fr>

➤ ou par courrier à l'adresse suivante :
Mondial Assistance
Service Gestion des Sinistres
Tour Gallieni II
36 avenue du Général de Gaulle
93175 BAGNOLET Cedex

En cas d'inobservation du délai de déclaration, si nous subissons un préjudice du fait de la déclaration tardive, vous perdez tout droit à indemnité ;

- joindre à votre déclaration :
 - le contrat d'assurance ou sa photocopie,
 - le certificat médical initial précisant la nature et les conséquences probables des lésions,
 - le constat établissant avec précision les circonstances de l'accident,
 - tout élément jugé nécessaire pour le traitement de votre demande ;
- nous indiquer les garanties souscrites éventuellement auprès d'autres assurances pour le même risque ;
- communiquer sur simple demande et sans délai, tout document nécessaire à l'expertise, notamment le certificat de consolidation ;
- accepter de vous soumettre à l'examen de notre médecin-expert ;
- prendre toutes mesures de nature à limiter les conséquences de l'accident.

DOMMAGES AUX BAGAGES

1. L'OBJET DE LA GARANTIE

1.1. Disparition et/ou détérioration accidentelles des bagages, objets et effets personnels

Nous garantissons, dans les limites indiquées au tableau des montants de garanties et des franchises, la disparition et/ou la détérioration accidentelles subies par les bagages, objets et effets personnels emportés avec vous ou achetés en cours de voyage, et résultant de :

- destruction totale ou partielle,
- perte pendant l'acheminement par une entreprise de transport, dès lors que les bagages, objets et effets personnels emportés avec vous ou achetés en cours de voyage, lui ont été confiés,
- vol, sous réserve des dispositions spécifiques au vol des objets de valeur prévues à l'article 1.2.

Sont également compris dans cette garantie les matériels à caractère professionnel, mais à concurrence de 50% du montant de la garantie « Disparition et/ou détérioration accidentelles des bagages, objets et effets personnels » indiqué au tableau des montants de garanties et des franchises.

Cas particuliers :

- **Détériorations accidentelles subies par le matériel photographique ou cinématographique :**
nous garantissons les détériorations accidentelles subies par le matériel photographique ou cinématographique lorsque ces objets sont endommagés à l'occasion d'un accident corporel subi par vous.

- **Vol dans un véhicule :**
nous garantissons, suite à une effraction de votre véhicule entre 7 heures et 22 heures (heure locale), le vol des objets transportés à l'abri des regards dans le coffre.
Le véhicule doit être non décapotable, entièrement fermé à clé, vitres et toit ouvrant clos.
Il vous appartient d'apporter la preuve de l'effraction du véhicule ainsi que la preuve de l'heure à laquelle le vol a été commis.

1.2. Vol des objets de valeur

Nous garantissons, dans les limites indiquées au tableau des montants de garanties et des franchises, le vol des objets de valeur que vous portez sur vous ou que vous utilisez ou que vous avez remis en consigne individuelle ou en dépôt au coffre de l'hôtel.

1.3. Oubli sur les lieux du rendez-vous professionnel d'un outil de travail mobiles

Si vous avez oublié l'un de vos outils de travail mobiles sur les lieux de votre rendez-vous professionnel :

- nous prenons en charge les frais de port sous pli express, depuis le lieu d'oubli jusqu'à votre lieu de travail dans votre pays de séjour à l'étranger, à condition que les douaniers nationaux ou internationaux ne s'opposent pas à une telle réexpédition ;
- nous vous faisons parvenir votre outil de travail mobile dans les meilleurs délais. Toutefois, nous ne pouvons être tenus pour responsables des délais imputables aux organismes de transport sollicités.

Par lieu de rendez-vous professionnel, nous entendons l'entreprise dans laquelle a lieu votre rendez-vous professionnel et à l'exclusion de tout lieu public.

1.4. Retard dans l'acheminement de vos bagages sur votre lieu de séjour

En cas de retard supérieur à 24 heures dans la livraison de vos bagages sur votre lieu de séjour, nous vous remboursons, sur présentation des justificatifs et dans la limite du plafond figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, les frais que vous avez exposés pour l'achat de biens de première nécessité.

2. L'ÉVALUATION ET L'INDEMNISATION DES DOMMAGES

2.1. Montant des garanties

- **Disparition et/ou détérioration accidentelles des bagages, objets et effets personnels**
La garantie est accordée à concurrence du plafond par personne assurée, figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, pour l'ensemble des sinistres survenus au cours de la période d'assurance.

- **Vol des objets de valeur**

L'indemnisation en cas de vol des objets de valeur, ne peut excéder 50% du montant de la garantie « Disparition et/ou détérioration accidentelles des bagages, objets et effets personnels ».

- **Oubli sur les lieux du rendez-vous professionnel d'un outil de travail mobile**

La garantie est limitée à la prise en charge des frais d'envoi d'un outil de travail mobile.

- **Retard dans l'acheminement de vos bagages sur votre lieu de séjour**

En cas de retard dans l'acheminement de vos bagages sur votre lieu de séjour, la garantie est accordée à concurrence du plafond figurant au tableau des montants de garanties et des franchises.

Cette indemnité ne se cumule pas avec celle de la garantie « Disparition et/ou détérioration accidentelles des bagages, objets et effets personnels ».

En cas d'application simultanée des deux garanties suite à un même événement, l'indemnité versée en cas de retard dans l'acheminement des bagages sur votre lieu de séjour vient en déduction des sommes restant dues au titre de la garantie « Disparition et/ou détérioration accidentelles des bagages, objets et effets personnels ».

2.2. Calcul de l'indemnité

L'indemnité est calculée sur la base de la valeur de remplacement des objets de même nature sous déduction de la vétusté et dans la limite des montants figurant au tableau des montants de garanties et des franchises.

Elle est estimée de gré à gré et ne peut jamais excéder le montant du préjudice subi, ni prendre en compte les dommages indirects.

Nous renonçons à l'application de la règle proportionnelle de capitaux prévue par l'article L 121-5 du Code des assurances.

3. SI VOUS RETROUVEZ LES OBJETS VOLÉS OU PERDUS

Si vous retrouvez les objets volés ou perdus, **vous devez nous en aviser par lettre recommandée dès que vous en êtes informé :**

- **si nous ne vous avons pas encore indemnisé**, vous devez reprendre possession de ces objets et si la garantie vous est acquise, nous ne sommes alors tenus qu'au paiement des détériorations ou manquants éventuels ;
- **si nous vous avons déjà indemnisé**, vous pouvez opter soit pour le délaissement, soit pour la reprise de ces objets moyennant restitution de l'indemnité que nous vous avons réglée, sous déduction des détériorations ou manquants éventuels.
Toutefois, dès lors que vous ne demandez pas à reprendre possession de ces objets dans un délai de 15 jours à compter de la date à laquelle vous avez été avisé qu'ils ont été retrouvés, nous considérons que vous optez pour le délaissement.

4. LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

Outre les exclusions communes à l'ensemble des garanties, sont également exclus :

- le vol, la détérioration, la destruction ou la perte :
 - consécutif à la décision d'une autorité administrative ou à l'interdiction de transporter certains objets,
 - survenu au cours d'un déménagement ;
- la destruction totale ou partielle, la détérioration et la perte des objets de valeur, de quelque nature que ce soit y compris pendant l'acheminement par une entreprise de transport ;
- les vols commis par votre personnel dans l'exercice de ses fonctions ;
- les vols commis sans effraction ou avec usage de fausses clés ;
- le vol des biens commis dans un lieu non privatif, en l'absence de surveillance continue de ces biens ;
- la destruction résultant du vice propre de la chose assurée, de son usure normale ou du coulage de liquides, de matières grasses, colorantes ou corrosives faisant partie des bagages assurés ;
- la destruction d'objets fragiles, notamment les poteries et les objets en verre, en porcelaine, en marbre ;
- les pertes, oublis ou objets égarés par votre fait ou par celui des personnes vous accompagnant ;
- les détériorations résultant d'éraflures, de rayures, de déchirures ou de taches ;
- les dommages résultant d'accidents de fumeurs ;
- les dommages subis par :
 - les documents, papiers d'identité, cartes de crédit, cartes magnétiques, les billets de transport, les espèces, les titres et valeurs, les clés,
 - les marchandises, le matériel médical et les médicaments, les denrées périssables, les vins et spiritueux, les cigarettes, cigares et tabac,
 - tout matériel et équipement de ski alpin, de fond ou nautique (skis, monoskis, surf, wake, bâtons, chaussures, ...), les planches à voile, le matériel de golf, les bouteilles de plongée, les vélos, les parapentes, parachutes, ailes

- volantes, les bateaux, les accessoires automobiles, les objets meublants de caravanes, de camping-cars ou de bateaux,
- les instruments de musique, les objets d'art ou de fabrication artisanale, les antiquités, les objets de culte, les objets de collection,
- les consoles de jeux vidéo et leurs accessoires,
- les vêtements et accessoires portés sur vous,
- les lunettes (verres et montures), verres de contact, les prothèses et appareillages de toute nature, sauf s'ils sont détruits ou endommagés à l'occasion d'un accident corporel grave de l'assuré,
- les animaux.

5. CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE EN CAS DE SINISTRE

Vous devez :

- **En cas de vol :** déposer plainte, dans les 48 heures, auprès des autorités de police les plus proches du lieu du délit.
- **En cas de destruction totale ou partielle :** faire constater les dommages, par écrit, par une autorité compétente ou par le responsable ; à défaut par un témoin.
- **En cas de perte ou destruction partielle ou totale par une entreprise de transport :** faire établir impérativement un constat par le personnel qualifié de cette entreprise.

Dans tous les cas, vous devez :

- prendre toutes mesures de nature à limiter les conséquences du sinistre ;
- **nous déclarer le sinistre, par lettre recommandée, dans les cinq jours ouvrés** où vous en avez eu connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure ; ce délai est ramené à **48 heures en cas de vol**.

En cas d'observation du délai de déclaration, si nous subissons un préjudice du fait de la déclaration tardive, vous perdez tout droit à indemnité ;

• nous contacter :

- **directement sur notre site Internet :**
<https://declaration-sinistre.mondial-assistance.fr>
- **soit, par téléphone au n° 01 42 99 03 95**
du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 18 h 00
- **soit, par fax au n° 01 42 99 03 25**

Nous vous communiquerons les renseignements nécessaires pour vous permettre de constituer un dossier et vous devrez nous adresser les documents qui justifient votre demande, notamment :

- le contrat d'assurance ou sa photocopie,
- le récépissé du dépôt de plainte,
- le constat de dommage ou de perte établi par le transporteur,
- les factures originales d'achat, de réparation ou de remise en état,
- des photographies (pour les objets de valeur),
- le justificatif de l'effraction du véhicule.

RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE À L'ÉTRANGER

1. L'OBJET DE LA GARANTIE

Lors de vos déplacements, nous garantissons les conséquences financières de la responsabilité civile que vous pouvez encourir, en application de la législation ou de la jurisprudence du pays dans lequel vous vous trouvez, en raison des dommages :

- corporels,
- matériels,
- immatériels directement consécutifs à des dommages corporels ou matériels garantis, résultant d'un accident survenu au cours de votre vie privée et causés à un tiers par :
 - votre fait,
 - le fait de personnes dont vous répondez,
 - le fait des choses ou des animaux dont vous avez la garde.

2. LA SUBSIDIARITÉ DE LA GARANTIE

La garantie vous est acquise pour vos voyages hors de France et uniquement dans les pays où vous ne bénéficiez pas d'une assurance de votre responsabilité civile souscrite par ailleurs.

3. LES MONTANTS DE GARANTIE

Les garanties sont accordées dans la limite des plafonds figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, étant entendu que :

- la limite par événement figurant au tableau des montants de garanties et des franchises constitue le montant maximum garanti pour un même événement, tous dommages confondus : corporels, matériels et immatériels directement consécutifs,
- une franchise par sinistre, dont le montant est indiqué au tableau des montants de garanties et des franchises, reste dans tous les cas à votre charge.

4. LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

Outre les exclusions communes à l'ensemble des garanties, sont également exclus les conséquences :

- des dommages causés aux membres de votre famille, à vos préposés, salariés ou non, dans l'exercice de leurs fonctions ou à toute autre personne ayant la qualité d'assuré au titre du présent contrat ;
- des dommages causés aux animaux ou aux objets qui vous appartiennent ou qui vous sont loués, prêtés ou confiés ;
- des dommages causés par :
 - tout véhicule terrestre à moteur répondant à la définition de l'article L 211-1 du Code des assurances,
 - tout véhicule terrestre construit en vue d'être attelé à un véhicule terrestre à moteur,
 - tout appareil de navigation aérienne, maritime ou fluviale ;
- des dommages résultant de la pratique de la chasse, de tous sports mécaniques (automobile, motocyclette et plus généralement tout véhicule terrestre à moteur), de tous sports aériens ;
- des dommages causés aux tiers et résultant de l'organisation, la préparation ou la participation à une compétition organisée sous l'égide d'une fédération sportive, soumise à autorisation administrative ou à une obligation d'assurance légale ;
- des dommages occasionnés au cours de votre activité professionnelle ou lors de votre participation à une activité organisée par une association loi de 1901, une institution ou une collectivité ;
- de votre responsabilité contractuelle ;
- de la responsabilité que vous pouvez encourir en raison d'un incendie, d'une explosion ou d'un dégât des eaux.

En outre, les amendes ainsi que toutes condamnations pécuniaires prononcées à titre de sanction et ne constituant pas la réparation directe d'un dommage corporel ou matériel ne sont jamais garanties.

5. LES MODALITÉS D'APPLICATION DANS LE TEMPS

Le fonctionnement de la garantie dans le temps est précisé par la loi n° 2003-706 du 1^{er} août 2003.

La garantie déclenchée par le fait dommageable couvre l'assuré contre les conséquences pécuniaires de sa responsabilité, dès lors que le fait dommageable survient entre la prise d'effet initiale de la garantie et sa date de résiliation ou d'expiration quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

6. CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE EN CAS DE SINISTRE

Vous ne devez accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni aucune transaction sans notre accord. Toutefois, l'aveu d'un fait matériel ou l'exécution d'un simple devoir d'assistance ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité.

Vous devez nous déclarer le sinistre, par écrit, **dans les cinq jours ouvrés du jour où vous en avez eu connaissance**, sauf cas fortuit ou de force majeure :

- **directement sur notre site Internet :**
<https://declaration-sinistre.mondial-assistance.fr>
- **ou par courrier à l'adresse suivante :**
Mondial Assistance
Service Gestion des Sinistres
Tour Gallieni II
36 avenue du Général de Gaulle
93175 BAGNOLET Cedex

Passé ce délai, si nous subissons un préjudice du fait de la déclaration tardive, vous perdez tout droit à indemnité.

En cas de procédure engagée contre vous, vous nous donnez tout pouvoir pour diriger le procès et exercer toute voie de recours devant les juridictions civiles ou pour nous associer à votre défense et exercer les voies de recours sur les intérêts civils devant les juridictions pénales.

Vous devez nous transmettre dès réception, toute convocation, assignation, acte extrajudiciaire et pièce de procédure qui vous serait adressé ou signifié.

En cas de retard dans la transmission de ces pièces, nous pouvons vous réclamer une indemnité proportionnée au préjudice subi par nous (article L 113-11 du Code des assurances).

Si vous manquez à vos obligations postérieurement au sinistre, nous indemnisons les tiers lésés ou leurs ayants droit, mais nous pouvons agir contre vous pour recouvrer les sommes versées.

7. LES DISPOSITIONS PRÉVUES EN CAS D'ATTRIBUTION D'UNE RENTE À UNE VICTIME PAR UNE DÉCISION JUDICIAIRE

Si une acquisition de titres est ordonnée pour sûreté du versement d'une rente, nous constituons cette garantie à hauteur du montant de notre prise en charge.

Si aucune garantie n'est ordonnée, la valeur de la rente en capital est calculée d'après les règles applicables pour le calcul de la réserve mathématique de cette rente. Si cette valeur est inférieure au montant de notre garantie, la rente est intégralement à notre charge. Si elle est supérieure, seule la partie de la rente correspondant en capital au montant de notre garantie est à notre charge.

RACHAT DE FRANCHISE

1. L'OBJET DE LA GARANTIE

En cas de dommages matériels ou de vol d'un véhicule de location, avec ou sans tiers identifié, engageant ou non votre responsabilité, nous prenons en charge, dans la limite du plafond figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, les frais de réparation ou de remise en état du véhicule à concurrence du montant de la franchise prévue au contrat de location.

Pour bénéficier de cette garantie, vous devez :

- Répondre aux critères de conduite imposés par le loueur et la loi ou la juridiction locale,
- Conduire le véhicule conformément aux clauses du contrat de location signé avec le loueur,
- Louer le véhicule d'un loueur professionnel, c'est-à-dire qu'il doit y avoir établissement d'un contrat de location en bonne et due forme,
- Ne pas avoir souscrit une garantie « Rachat de franchise » proposée par le loueur.

2. LA SUBSIDIARITE DE LA GARANTIE

La garantie s'applique, dans les limites figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en complément des garanties du contrat du loueur.

3. LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

Outre les exclusions communes à l'ensemble des garanties, sont également exclus :

- 3.1. les dommages causés par la confiscation, l'enlèvement ou la réquisition du véhicule par les autorités de police ;
- 3.2. les dommages aux pneumatiques, ainsi que l'usure du véhicule ;
- 3.3. les dommages causés par un vice de construction ;
- 3.4. les dépenses n'ayant pas trait à la réparation ou au remplacement du véhicule (à l'exception des frais de remorquage que facturerait le loueur) ;
- 3.5. les dommages causés dans l'habitacle du véhicule qui sont non consécutifs à un vol ou à un accident de circulation (les accidents de fumeurs, les dommages causés par les animaux dont avez la garde) ;
- 3.6. les accidents provoqués par un taux d'alcoolémie supérieur au maximum autorisé par la législation française en vigueur ;
- 3.7. la location des véhicules suivants :
 - Aston Martin, Ferrari, Lamborghini, Lotus, Maserati, Porsche, Rolls Royce, Bentley, Bricklin, Cadillac Fleetwood Limousine, Daimler, Deloran, Excalibur, Jensen,
 - les voitures de collection de plus de 20 ans ou celles dont la production a été arrêtée depuis plus de 10 ans par le constructeur,
 - les véhicules de plus de 3,5 tonnes,
 - les véhicules loués pour une durée supérieure à 31 jours consécutifs et ce quelle que soit la date de survenance du sinistre,
 - les véhicules de loisirs : 4X4, véhicules à 2 ou 3 roues, camping-cars, caravanes, véhicules tout-terrain.

4. CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE EN CAS DE SINISTRE

Dès lors que vous faites appel à notre assistance, vous devez effectuer votre demande :

**en appelant le 01 42 99 03 95
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 00**

Nous vous communiquerons alors les renseignements nécessaires pour vous permettre de constituer un dossier et il vous appartiendra de nous fournir tout document et toute information permettant de justifier votre demande et l'évaluation du montant de votre préjudice, notamment :

- le contrat d'assurance ou sa photocopie,
- le contrat de location du véhicule ou sa photocopie,
- ...

VÉHICULE DE REMPLACEMENT

1. L'OBJET DE LA GARANTIE

1.1. En cas d'accident ou d'incendie de votre véhicule

- **Votre véhicule est immobilisé immédiatement pendant plus de 48 heures et sa réparation est supérieure à 5 heures**
Lorsque la durée des réparations est supérieure à 5 heures et que l'immobilisation du véhicule est supérieure à 48 heures, nous mettons à votre disposition un véhicule de remplacement comprenant un forfait kilométrique illimité (selon la catégorie fixée au tableau des montants de garanties et des franchises). Notre garantie cesse dès lors que votre véhicule est réparé.

1.2. En cas de vol de votre véhicule

- **Votre véhicule n'est pas retrouvé dans les 48 heures suivant la déclaration de vol**
Lorsque votre véhicule volé n'est pas retrouvé dans un délai de 48 heures, nous mettons à votre disposition un véhicule de remplacement comprenant un forfait kilométrique illimité (selon la catégorie fixée au tableau des montants de garanties et des franchises). Notre garantie cesse dès lors que votre véhicule est retrouvé.

2. LA SUBSIDIARITÉ DE LA GARANTIE

La garantie s'applique, dans les limites figurant au tableau des montants de garanties et des franchises, en complément des garanties du contrat de votre assureur automobile ou de celui de votre constructeur automobile ou si ces contrats ne prévoient pas la prestation « Véhicule de remplacement ».

3. LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

Outre les exclusions communes à l'ensemble des garanties, sont également exclus :

- 3.1. les frais engagés sans l'accord préalable de notre service Assistance ;
- 3.2. le rapatriement des marchandises transportées ;
- 3.3. les défaillances mécaniques connues au moment du départ ou dues à un défaut d'entretien ;
- 3.4. la crevaisson, la panne d'essence, la panne de batterie, la perte de clés et les bris de glaces latérales ;
- 3.5. les accidents provoqués par un taux d'alcoolémie supérieur au maximum autorisé par la législation française en vigueur ;
- 3.6. les dommages résultant de l'utilisation du véhicule pendant des compétitions ;
- 3.7. les pannes répétitives causées par la non-réparation du véhicule après une première intervention de notre service Assistance ;
- 3.8. les frais de taxes et les frais d'assurance complémentaire du véhicule de remplacement
- 3.9. le prix des pièces détachées, les frais de réparation ;
- 3.10. les droits de douane, les frais d'autoroute, les frais de carburant, les frais de péage.

4. CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE EN CAS DE SINISTRE

4.1. Pour toute demande d'assistance

Vous devez nous contacter ou nous faire contacter par un tiers, dès que votre situation vous laisse supposer une dépense entrant dans le champ de notre garantie. Nos services se tiennent à votre disposition 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 :

**par téléphone au 01 42 99 03 49
ou au 33 1 42 99 03 49, si vous êtes hors de France**

Il vous sera attribué immédiatement un numéro de dossier et nous vous demanderons de :

- nous préciser votre numéro de contrat,
- nous communiquer votre adresse et un numéro de téléphone où nous pourrions vous joindre.

4.2. Pour toute demande de remboursement

Vous devez nous informer dans les cinq jours ouvrés où vous avez eu connaissance du sinistre, sauf cas fortuit ou de force majeure. **Passé ce délai, si nous subissons un préjudice du fait de cette déclaration tardive, vous perdez tout droit à indemnité.** Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par vous avec notre accord, vous devez produire tous les justificatifs propres à établir le bien fondé de votre demande.

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par nos services, ne donnent pas droit à remboursement ni à indemnité compensatoire.

5. CADRE DE NOS INTERVENTIONS

Nous intervenons dans le cadre des lois et règlements nationaux et internationaux. Nos prestations sont subordonnées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des retards ou empêchements dans l'exécution des services convenus résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, restrictions de la libre circulation, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité ou de tout autre cas fortuit. De plus nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux secours de première urgence.

TABLEAU DES MONTANTS DE GARANTIES ET DES FRANCHISES

GARANTIES	MONTANTS ET LIMITES DE GARANTIES	FRANCHISES OU SEUILS D'INTERVENTION
ASSISTANCE AU VOYAGEUR		
ASSISTANCE ACCIDENT, MALADIE ET IMPRÉVU		
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance Rapatriement : - organisation et prise en charge de votre retour ou de votre transport vers un établissement hospitalier - remboursement de vos frais d'hébergement et de ceux exposés par les membres de votre famille assurés ou d'une personne assurée vous accompagnant - organisation et prise en charge du retour d'un accompagnant assuré et des enfants mineurs 	Frais réels Dans la limite, par jour et par personne assurée, de 100 € pendant 7 jours maximum Frais réels	Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation sur place : - prise en charge des frais permettant à un membre de votre famille de se rendre à votre chevet : <ul style="list-style-type: none"> · trajet aller/retour · frais d'hébergement sur place jusqu'à votre rapatriement 	Frais réels Dans la limite, par jour, de 100 € pendant 7 jours maximum	Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Envoi de médicaments sur place 	Frais d'envoi	Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien psychologique : - en cas de traumatisme important à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti 	Dans la limite de deux entretiens téléphoniques par personne assurée et par sinistre	Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance retour anticipé : - organisation et prise en charge des frais de transport 	Frais réels	Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance en cas d'interruption de votre mission professionnelle : - prise en charge des frais de transport du collaborateur de remplacement 	Frais réels	Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance en cas de maladie ou d'accident de l'un de vos enfants : - organisation et prise en charge de son transport vers un établissement hospitalier 	Frais réels	Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance « imprévu » : - communication avec votre famille ou votre entreprise - événement imprévu : <ul style="list-style-type: none"> · réservation d'une chambre d'hôtel, voiture de location ou billet d'avion - vol de vos papiers d'identité, cartes de crédit, titres de transport ou documents professionnels : <ul style="list-style-type: none"> · avance de fonds à l'étranger 	Frais réels Les frais engagés restent à votre charge Dans la limite, par personne assurée, par période d'assurance et par sinistre, de 1 500 €	Néant
<ul style="list-style-type: none"> • Bilan de santé : - communication des coordonnées d'un centre où effectuer votre bilan médical 	Les frais engagés restent à votre charge	Néant
ASSISTANCE JURIDIQUE		
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance juridique à l'étranger : - remboursement des honoraires d'avocat - avance sur cautionnement pénal 	Dans les limites suivantes, par personne assurée et par période d'assurance : <ul style="list-style-type: none"> - 3 000 € - 30 000 € 	Néant
ASSISTANCE DÉCÈS		
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance en cas de décès d'une personne assurée : - transport du corps - frais funéraires - frais supplémentaires de transport des membres assurés de la famille du défunt ou d'une personne assurée 	Frais réels Dans la limite par personne assurée de 2 300 € Frais réels	Néant

GARANTIES	MONTANTS ET LIMITES DE GARANTIES	FRANCHISES OU SEUILS D'INTERVENTION
FRAIS MEDICAUX ET D'HOSPITALISATION D'URGENCE A L'ETRANGER		
<ul style="list-style-type: none"> Frais médicaux et d'hospitalisation d'urgence à l'étranger, en complément d'un régime primaire d'assurance maladie : - remboursement des frais d'urgence restant à votre charge (hors frais dentaires) - remboursement des frais dentaires d'urgence - avance des frais d'hospitalisation 	Dans les limites suivantes, par personne assurée et par période d'assurance : - 150 000 € - 300 € - 150 000 €	Par sinistre : 30 € Néant

GARANTIES	MONTANTS ET LIMITES DE GARANTIES	FRANCHISES OU SEUILS D'INTERVENTION
INDIVIDUELLE ACCIDENT		
<ul style="list-style-type: none"> Capital en cas de décès 	Dans la limite suivante, par personne : - 25 000, 50 000, 80 000, 160 000, 240 000 ou 300 000 €, selon l'option choisie à la souscription du contrat	Néant
<ul style="list-style-type: none"> Capital en cas d'invalidité permanente 		Franchise relative : 10% de taux d'invalidité
<ul style="list-style-type: none"> Cumul par événement 	Dans la limite, par événement, de 2 300 000 €	Néant

DOMMAGES AUX BAGAGES		
<ul style="list-style-type: none"> Disparition et/ou détérioration accidentelles des bagages, objets et effets personnels 	Indemnisation en valeur de remplacement, sous déduction de la vétusté, dans la limite de : - 3 000 € par personne assurée et par sinistre Le montant maximum de la garantie « Dommages aux bagages », y compris le « Vol des objets de valeur » et le « Retard dans l'acheminement de vos bagages sur votre lieu de séjour » est de 3 000 € par personne assurée	Par personne assurée et par sinistre : 30 €
<ul style="list-style-type: none"> Disparition et/ou détérioration accidentelles du matériel professionnel 	Indemnisation en valeur de remplacement, sous déduction de la vétusté, dans la limite de 50% du montant de la garantie « Dommages aux bagages », par personne assurée et par sinistre	
<ul style="list-style-type: none"> Vol des objets de valeur 	Indemnisation en valeur de remplacement, sous déduction de la vétusté, dans la limite de 50% du montant de la garantie « Dommages aux bagages », par personne assurée et par sinistre	
<ul style="list-style-type: none"> Oubli sur les lieux du rendez-vous professionnel d'un outil de travail mobile 	Frais d'envoi	Néant
<ul style="list-style-type: none"> Retard dans l'acheminement de vos bagages sur votre lieu de séjour 	Remboursement des biens de première nécessité par personne assurée et par sinistre dans la limite de 300 €	

RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE À L'ÉTRANGER		
<ul style="list-style-type: none"> Dommages corporels et immatériels consécutifs 	Dans la limite, par sinistre, de 4 500 000 €	Par sinistre : 75 €
<ul style="list-style-type: none"> Dommages matériels et immatériels consécutifs 	Dans la limite, par sinistre, de 45 000 €	
<ul style="list-style-type: none"> Tous dommages confondus : Corporels, matériels et immatériels consécutifs 	Dans la limite, par événement, de 4 500 000 €	

RACHAT DE FRANCHISE		
<ul style="list-style-type: none"> Rachat de la franchise du véhicule de location 	Dans la limite, par période d'assurance, de 600 €	Néant

VÉHICULE DE REMPLACEMENT		
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'accident ou d'incendie de votre véhicule : - votre véhicule est immobilisé immédiatement pendant plus de 48 heures et sa réparation est supérieure à 5 heures 	Mise à disposition d'un véhicule de location de catégorie B pour une durée maximum de 4 jours	Néant
<ul style="list-style-type: none"> En cas de vol de votre véhicule : - votre véhicule n'est pas retrouvé dans les 48 heures suivant la déclaration de vol 	Mise à disposition d'un véhicule de location de catégorie B pour une durée maximum de 4 jours	Néant

Conditions Générales : Frais de soins à l'étranger au 1^{er} Euro

Pour une meilleure compréhension de votre couverture, veuillez lire le présent document et les conditions particulières avec soin. Ce guide décrit les prestations et les exclusions de la formule que vous avez choisie, explique comment procéder à une demande de remboursement et détaille tous les termes et conditions de votre couverture.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter.

DÉFINITIONS

Ces définitions s'appliquent à l'ensemble des prestations offertes par nos différentes couvertures médicales. Certaines peuvent ne pas apparaître sur votre tableau des prestations. Cependant, les mots et expressions suivants auront les significations définies ci-dessous s'ils apparaissent dans les présentes conditions générales.

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

ANNÉE D'ASSURANCE : période commençant à la date d'effet du contrat, comme indiqué aux conditions particulières, et se terminant exactement une année plus tard.

CHIRURGIE AMBULATOIRE : procédure chirurgicale effectuée au bloc opératoire d'un hôpital ou d'un centre médical ambulatoire ne nécessitant pas la garde du patient et pour laquelle une autorisation de sortie lui sera délivrée le jour même.

CHIRURGIE DENTAIRE : comprend entre autres, l'extraction de dents, l'apicoectomie, ainsi que le traitement des autres problèmes buccaux, tels que des difformités congénitales de la mâchoire (par exemple de la voûte du palais), des fractures et des tumeurs. La chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.

DÉLAI DE CARENCE : période pendant laquelle vous et les personnes à charge n'avez pas droit à certaines prestations. Si un délai de carence s'applique à une prestation, il en est fait mention sur le tableau des prestations. Le délai de carence s'applique également à toute extension de la couverture d'assurance.

FRAIS D'ACCOUCHEMENT : frais médicaux (incluant chambre double) engagés relatifs à l'accouchement vaginal ou par césarienne si cette dernière est médicalement nécessaire ou habituelle dans le pays de naissance. Toute complication, ainsi que la chambre particulière, seront prises en charge par la garantie « Hospitalisation ».

FRAIS DU PARENT ACCOMPAGNANT UN ENFANT DE MOINS DE 16 ANS : prix de la chambre d'hôpital pour un parent durant l'admission de l'enfant assuré à l'hôpital pour un traitement. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, l'Assureur prend à ses frais l'équivalent d'une chambre dans un hôtel 3 étoiles avec salle de bain. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

GREFFE D'ORGANE : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle épinière, parathyroïde, greffes de muscle/dos ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.

HOPITAL : tout établissement possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe. L'établissement doit offrir à ses patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Maisons de repos et de soins, thermes, centres de cure et de remise en forme ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

KINÉSITHÉRAPIE PRESCRITE : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie est initialement limitée à 12 consultations. Si d'autres sessions devaient s'avérer nécessaires, un rapport d'examen justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devrait nous être présenté. Cette prestation exclut certains traitements à l'instar du Rolling, des massages, de la digipuncture, de la MIL thérapie ou de ceux prodigués par un kinésithérapeute non agréé.

LUNETTES ET LENTILLES DE CONTACT PRESCRITES : prise en charge d'un examen des yeux par année d'assurance par un optométriste ou un ophtalmologiste et d'autre part des lunettes de contact ou des lunettes afin de corriger la vue.

MÉDECIN GÉNÉRALISTE : docteur autorisé, conformément aux dispositions des lois du pays dans lequel le traitement est administré, à pratiquer la médecine dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

MÉDICAMENT NECESSAIRE : services et fournitures qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient ;
- être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient ;
- être conformes aux pratiques médicales généralement acceptées et aux standards médicaux professionnels en application au moment des soins par la communauté médicale ;
- être requis pour des raisons autres que le confort ou l'agrément du patient ou de son médecin ;
- avoir un effet médical prouvé et démontré ;
- être considérés comme du type et du niveau le plus approprié ;
- être donnés avec un équipement, en quantité et en qualité appropriées au niveau de soin requis par l'état du patient ;
- être fournis uniquement durant la période appropriée à l'état du patient.

Dans cette définition, le terme "approprié" prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, "médicalement nécessaire" signifie aussi que les soins ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en consultation externe.

MÉDICAMENT PRESCRIT : produits, y compris l'insuline et les seringues hypodermiques, qui ont été prescrits par un médecin pour le traitement d'une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Le médicament prescrit doit avoir un effet médical prouvé et reconnu par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique dans le pays dans lequel il est prescrit.

NOUS/NOTRE/NOUS : l'Assureur.

ORTHODONTIE : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents à une fonction et à un alignement correct.

PAYS DE RÉSIDENCE PRINCIPALE : pays dans lequel vous et les personnes à votre charge vivez pendant au moins 6 mois par an.

PAYS D'ORIGINE : pays dont vous, et les personnes à votre charge, êtes expatriés ou pays dans lequel vous souhaiteriez être rapatriés.

PERSONNE À CHARGE : votre conjoint ou partenaire et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) âgé de moins de 18 ans ou de moins de 24 ans poursuivant des études à temps plein et étant également nommé aux conditions particulières.

PERSONNE ASSURÉE : vous et les personnes à charge mentionnées aux conditions particulières.

PROTHÈSE DENTAIRE : soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'onlays, de reconstruction ou de réparation collées, de bridge, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires et annexes au traitement lorsque la couverture dentaire est prévue.

PROTHÈSES MÉDICALES PRESCRITES : tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit aidant ou supportant la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe à l'instar d'un appareil auditif, d'un auxiliaire de phonation (larynx électronique), de béquilles ou d'un fauteuil roulant, d'un appareil d'orthopédie, d'un membre artificiel, d'appareil à hernie, de bas de compression élastique ou de semelles orthopédiques.

PSYCHIATRIE : trouble mental, nerveux ou alimentaire suivi par un psychiatre. Ce trouble doit être associé à une permanente souffrance ou à une gêne majeure dans les activités quotidiennes, telle que l'activité professionnelle de l'assuré. Les conditions sus-mentionnées doivent être cliniquement graves et ne pas être une réaction logique ou prévisible à un événement particulier, tel qu'un deuil, des problèmes sociaux ou scolaires ou encore tout problème lié à l'acculturation. Ce trouble doit répondre aux critères de classification d'un classement international tel que le « Manuel des diagnostics et statistiques » (Diagnostic and Statistical Manual DSM-IV) ou la « Classification Internationale des maladies » (International Classification of Diseases ICD-10).

RÉÉDUCATION : le traitement vise à la restauration d'une forme et/ou d'une fonction normale après un accident ou une maladie grave. Le processus de rééducation doit commencer dans un délai de 30 jours après l'hospitalisation pour un accident ou une maladie.

SOINS À DOMICILE : soins médicaux administrés par une infirmière diplômée d'État à votre domicile conformément à la prescription d'un médecin, immédiatement suite à ou pour remplacer une hospitalisation ou des soins ambulatoires.

SOINS AMBULATOIRES : traitements administrés dans un hôpital ou dans un établissement de soins médicaux accessibles pendant la journée, comprenant une chambre d'hôpital et les soins hospitaliers ; traitements ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit et pour lequel une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

SOINS DENTAIRES : comprend un bilan dentaire annuel, des plombages simples liés aux caries ou une dévitalisation.

SOINS DENTAIRES D'URGENCE : soins reçus dans une clinique dentaire ou au bloc opératoire des urgences pour le soulagement immédiat d'une douleur dentaire, y compris les plombages dans la limite de trois par année d'assurance et/ou pour la réparation de dommages causés par un accident. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'accident ou l'apparition de la douleur. Sont exclues les prothèses dentaires et les dévitalisations.

SOINS D'URGENCE EXTERNES : soins immédiatement nécessaires reçus à l'hôpital suite à un accident ou une maladie soudaine, lorsque l'assuré n'occupe pas, par nécessité médicale, un lit. Le traitement doit être reçu dans les 48 heures suivant l'événement d'urgence.

SPÉCIALISTE : médecin diplômé et ayant une licence, les qualifications et l'expertise nécessaires afin d'exercer en tant que spécialiste reconnu les techniques de diagnostic, les traitements et la prévention dans un domaine particulier de la médecine, tel que la neurologie, la pédiatrie, l'endocrinologie, l'obstétrique, la gynécologie et la dermatologie.

TRAITEMENT : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager les maladies, infections ou blessures.

TRAITEMENT AMBULATOIRE : traitement pratiqué par un médecin, thérapeute ou spécialiste, dans son cabinet et qui ne nécessite pas l'admission du patient dans un hôpital.

TRAITEMENT HOSPITALIER : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde de l'assuré pendant la nuit.

TRANSPORT LOCAL PAR AMBULANCE : transport par ambulance à destination de l'hôpital ou de l'établissement sous licence médicale le plus proche et le mieux adapté à la situation requise en cas d'urgence ou de nécessité médicale.

URGENCE : terme utilisé en cas d'accident, de commencement ou d'aggravation soudaine d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiat à l'attention de l'assuré ou de l'une des personnes à sa charge. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, et une hospitalisation intervenant dans les 24 heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires justifiant le remboursement.

VACCINATIONS : immunisations ou injections requises par les autorités sanitaires du pays dans lequel le traitement est administré ou par celles du pays dans lequel vous vous rendez. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont couverts.

VOUS/VOTRE : personne physique dont le nom figure aux conditions particulières.

VOTRE COUVERTURE

Vous trouverez ci-dessous une vue d'ensemble de votre couverture médicale.

Pour une meilleure compréhension de votre couverture, veuillez lire ce guide avec la plus grande attention ainsi que vos conditions particulières. Cette information figure également sur vos pages personnalisées sur le site <http://mondial.medical-administrators.com>.

1. Règlement direct en cas d'hospitalisation

MAI peut établir une procédure de prise en charge directe de vos frais hospitaliers.

A cette fin, veuillez bien nous informer 5 jours avant l'hospitalisation de la date de l'admission (et de la durée prévue si possible) pour déclencher la procédure. L'établissement devra nous envoyer les factures (voir nos coordonnées sur votre carte d'assurance) pour le règlement direct.

Nous enverrons un décompte à l'établissement, indiquant le montant qui reste éventuellement à votre charge (par exemple débours personnels).

Vous recevrez copie de ce décompte qui vous permettra de régler le solde restant à votre charge.

Vous trouverez les instructions précises sur vos pages personnalisées sur le site :

<http://mondial.medical-administrators.com>

Vous pouvez nous contacter par e-mail : mondial@medical-administrators.com

par téléphone : +33 (0)1 77 68 01 63

Medical Administrators International S.A.S.

37, rue Anatole France – 92300 LEVALLOIS PERRET – France

SAS au capital de 200.000 Euros – R.C.S. NANTERRE 451 649 982 – APE 6622Z – N°ORIAS 07 009 055

2. Carte de membre

MAI fournit une carte de membre personnalisée à chaque personne. Elle contient les coordonnées et numéros essentiels dont vous avez besoin. Vous et votre famille êtes donc seulement à un appel téléphonique de notre aide. Si vous perdez cette carte, pas d'inquiétude, contactez-nous simplement au numéro susmentionné, ou envoyez un e-mail, et une nouvelle carte vous sera envoyée.

3. Médicalement nécessaire

En tant que compagnie d'assurance, nos clients veulent et attendent de nous que nous contrôlions les coûts médicaux dans le but de maintenir les primes d'assurance santé à un niveau abordable.

Pour ce faire, notre équipe de professionnels médicalement très expérimentés s'assure que les interventions médicales prévues sont appropriées et médicalement nécessaires. Ce terme signifie que les soins doivent être donnés en quantité et en qualité appropriées pour traiter l'état du patient, la maladie ou la blessure.

De plus, notre équipe d'experts en déclaration de sinistre s'assure que nous ne remboursons que les centres médicaux où les soins sont reconnus par la sécurité sociale française et ont un coût raisonnable et habituel. Cela signifie que les montants facturés sont conformes aux standards, correspondent généralement aux procédures médicales internationales et sont appropriés dans le pays où le soin est donné.

4. Zone de couverture

- Les expatriés aux USA, Canada, Suisse, Japon, Israël sont couverts monde entier dès lors qu'ils paient la cotisation correspondante à la zone géographique « USA, Canada, Suisse,

Japon, Israël », quelle que soit la durée de leur séjour et quelle que soit le type de pathologie (maladie, urgence ou accident).

- Les expatriés hors des USA, Canada, Suisse, Japon, Israël sont couverts monde entier sauf ces pays et payent la cotisation correspondante à la zone géographique « Monde entier ». Ces expatriés, lors de leurs séjours inférieurs à 7 semaines aux USA, Canada, en Suisse, au Japon ou en Israël sont couverts dans ces pays en cas d'urgence ou d'accident.
- Les expatriés en Afrique sont couverts en Afrique et payent la cotisation correspondante à la zone géographique « Afrique ». L'Afrique est définie comme l'ensemble des pays du continent africain, incluant l'Égypte et Madagascar. Ces expatriés, lors de leurs séjours inférieurs à 7 semaines en dehors de la zone « Afrique » sont couverts en cas d'urgence ou d'accident.
- Quelle que soit la zone géographique d'expatriation choisie, et la durée de votre séjour, vous avez la possibilité de vous faire soigner en France.

5. Votre plan d'hospitalisation expliqué

➤ Prestations hospitalières

En cas d'hospitalisation, vous serez intégralement remboursé dans la limite générale de votre formule. Sont inclus la couverture pour la chambre d'hôpital, ainsi que pour d'autres prestations telles que la prescription de médicaments, les frais d'anesthésie et de bloc opératoire, les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, les fournitures médico-chirurgicales, les analyses, la kinésithérapie, la radiothérapie, la chimiothérapie et la greffe d'organe.

Une acceptation préalable est requise pour tout soin en hospitalisation qui apparaît sur votre tableau des prestations.

Les prestations maximales sont par personne assurée et par année d'assurance.

➤ Psychiatrie

Lorsque les soins de psychiatrie sont inclus dans votre formule, ils ne le sont qu'en soins hospitaliers.

➤ Frais du parent accompagnant un enfant de moins de 16 ans

Dans le cas où un enfant devrait être hospitalisé, les frais d'hébergement d'un parent accompagnant cet enfant de moins de 16 ans seront pris en charge durant la durée de l'admission. Veuillez vous référer à votre tableau des prestations pour vérifier le montant pris en charge par votre formule. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, l'Assureur prend à ses frais l'équivalent d'une chambre dans un hôtel 3 étoiles avec salle de bain. La couverture prévoit une limite par parent assuré et par année.

➤ Autres prestations comprises dans votre plan d'hospitalisation

Pour une confirmation des prestations éligibles sous votre couverture et pour vérifier lorsqu'une acceptation préalable est nécessaire, veuillez vous référer à votre tableau des prestations. Pour tout autre renseignement, contactez simplement l'assistance téléphonique.

➤ Soins ambulatoires

Cette couverture est fournie avec notre plan d'hospitalisation pour les soins ambulatoires reçus dans un hôpital ou un centre de soins ambulatoires.

➤ Chirurgie en consultation externe

Une couverture est aussi fournie pour les soins chirurgicaux pratiqués dans le cabinet d'un docteur, en hôpital, dans un centre de soins ambulatoire ou dans un département de consultation externe.

➤ Soins à domicile

L'Assureur offre une couverture pour les frais de soins à domicile si les soins font immédiatement suite à une hospitalisation ou pour en remplacer une. Le montant maximum disponible sous cette prestation est indiqué dans le tableau des prestations. Veuillez noter que l'acceptation préalable est requise.

➤ Rééducation

Vous avez la possibilité de recevoir des soins dans un centre de rééducation habilité et qui font immédiatement suite à une hospitalisation. Le montant maximum disponible sous cette prestation est indiqué dans le tableau des prestations. Veuillez noter que l'acceptation préalable est requise.

➤ Transport local par ambulance

Une couverture est fournie pour un transport par ambulance, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale, à destination de l'hôpital ou de l'établissement sous licence médicale le plus proche et le mieux adapté à la situation.

➤ Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture

Cette prestation est comprise dans chacune de nos formules. Vous serez couvert en dehors de votre zone de couverture en cas d'urgence pour les voyages d'une durée inférieure à 7 semaines.

Vous êtes couvert, non seulement en cas d'urgence, mais aussi pour le début ou l'aggravation soudaine d'une maladie grave entraînant une condition médicale menaçant votre santé. Pour être considéré comme un soin d'urgence, et ainsi bénéficier de cette prestation, veuillez vous souvenir que le soin médical (donné par un médecin ou par un spécialiste) doit commencer dans les 24 heures suivant l'accident.

Vous ne serez pas couvert pour des traitements ne nécessitant pas de soins urgents tels que les traitements préventifs ou des suivis médicaux.

➤ Scanographie et IRM

La scanographie et l'IRM (dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une consultation externe) sont couverts dans la limite de votre formule. Merci de noter qu'une acceptation préalable est requise pour l'IRM.

➤ Oncologie

Nos plans couvrent les honoraires des spécialistes, examens, radiothérapie, chimiothérapie et autres frais divers hospitaliers dans le cadre d'un traitement du cancer. En cas d'hospitalisation ou de soins ambulatoires, une acceptation préalable est requise.

➤ Frais d'accouchement

Seule la formule premium couvre les frais d'accouchement suivant la limite fixée au tableau des prestations.

Merci de noter qu'un délai de carence de 10 mois s'applique à cette prestation. Dans le cadre de l'hospitalisation, une acceptation préalable est requise.

➤ Couverture des nouveau-nés

Les nouveau-nés sont automatiquement assurés durant les quatre semaines suivant l'accouchement si la mère est assurée par nous depuis au moins six mois complets. Durant cette période de quatre semaines, le nouveau-né partage la couverture de sa mère, ses frais médicaux étant cumulés avec ceux de cette dernière, aucune franchise ou limite propre lui étant attribuée.

Quatre semaines après sa naissance, cette couverture cesse et une demande complète d'affiliation doit être formulée pour pouvoir bénéficier des prestations.

6. Votre plan des consultations externes expliqué

L'Assureur propose le choix parmi trois différentes formules de consultations externes, chacune offrant un niveau de remboursement différent.

Pour vérifier votre couverture, veuillez vous référer à votre tableau des prestations.

Pour les actes et soins prévus par le régime adopté, sont garantis, sauf exclusion précisée aux dispositions particulières :

- **en cas d'hospitalisation**, les frais portant sur :
 - l'hospitalisation médicale en établissement public ou privé,
 - l'hospitalisation et l'intervention chirurgicales,
 - les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation,
 - le transport du malade.

Le transport est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays.

Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

Pour toute hospitalisation, une acceptation préalable de l'Assureur est requise.

- **dans les autres cas**, les frais portant sur :

- les consultations, les visites et les actes de pratique médicale courante prescrits par un médecin dûment habilité, définis par la nomenclature internationale et reconnus par le médecin conseil de l'Assureur,
- la pharmacie délivrée sur ordonnance (médicaments, antibiotiques), analyses, orthopédie, prothèse médicale,
- les soins et prothèses dentaires,
- l'optique,
- les cures thermales : le remboursement ne porte que sur les frais de surveillance médicale, à l'exclusion des frais de transport et d'hébergement,
- les frais d'accouchement.

7. Votre couverture dentaire expliquée

Avec nos formules medium et premium, vous pouvez profiter d'une couverture dentaire complète couvrant jusqu'à 90% des frais remboursables.

Cette couverture prend en charge les coûts de :

- radiologie,
- d'analyse,
- de chirurgie dentaire,
- de périodontie (voir tableau des prestations pour maxima par dent et par an),
- d'orthodontie (uniquement pour les moins de 16 ans avec acceptation préalable),
- et de prothèse dentaire (voir tableau des prestations pour maximum par an).

Veuillez prendre en considération qu'un délai de carence de 9 mois s'applique sur les soins d'orthodontie et les prothèses dentaires.

Pour confirmer la couverture de votre formule, veuillez vous référer à votre tableau des prestations.

CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR L'ASSUREUR

Bien que la plupart des maladies soient couvertes par la garantie Frais de soins à l'étranger, certaines dépenses soumises aux traitements répertoriés ci-dessous en sont exclues à moins qu'elles ne soient confirmées dans le tableau des prestations ou dans tout autre support écrit.

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent des risques suivants :

- une maladie ou un accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire si l'assuré prend une part active à l'évènement ;
- un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

Les prestations suivantes ne sont pas prises en charge par le contrat :

- les traitements en dehors de la zone géographique telle que précisée ci-dessus ;
- toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Assureur ;
- les frais annexes ou de confort en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, ...) ;
- les traitements liés à la toxicomanie ;
- les cures de désintoxication ;
- les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe ;
- toute opération ou traitement lié au changement de sexe ;
- les traitements esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement ;
- les vérifications, études, traitements et complications liés à la stérilité, la stérilisation, les dysfonctionnements sexuels, la contraception y compris l'insertion ou l'enlèvement d'appareil(s) contraceptif(s), l'interruption volontaire de grossesse sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire intervenant dans le respect de la législation locale ;
- toute chirurgie élective/volontaire et/ou chirurgie plastique/esthétique ;
- les cures thermales en dehors du territoire français ;
- les frais de transport et d'hébergement relatifs aux cures thermales ;
- les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalasso thérapie et centre de remise en forme et maison de repos même si ce séjour est médicalement prescrit ;
- les frais médicaux liés à un séjour en maison de repos et maison de convalescence même si ce séjour est médicalement prescrit ;
- les consultations externes en matière de psychothérapie, psychanalyse et de traitement ;
- les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveu à moins que ce traitement ne soit lié à une perte des cheveux causée par une maladie grave ;
- les traitements en vue de modifier la réfraction d'un œil ou des yeux (correction oculaire au laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réfractive (KPR) ;
- les médicaments sans ordonnance, et les produits non médicamenteux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampoings, ...

COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Afin de nous permettre de traiter votre demande de remboursement de la manière la plus rapide et efficace possible, veuillez suivre les indications suivantes.

Toute demande de remboursement doit nous être envoyée, accompagnée des originaux des factures et des reçus, dans les deux ans suivant la survenance du sinistre. Ce délai passé, nous ne serons plus dans l'obligation de régler le sinistre.

La demande de remboursement est disponible sur vos pages personnalisées sous le titre **Formulaire**. Nous recommandons l'usage des imprimés disponibles sur notre site, vu qu'ils facilitent le règlement des demandes de remboursement. Leur usage est personnel, étant donné qu'ils sont automatiquement complétés de votre nom, votre numéro de référence personnel ainsi que du code-barres correspondant.

Ces formulaires peuvent être remplis en ligne, imprimés et renvoyés à MAI par courrier normal, accompagnés des justificatifs requis. Leur contenu peut également être enregistré (avec Acrobat Reader 7.0).

Si vous préférez, vous pouvez les remplir à la main (de préférence en majuscules).

Une demande de remboursement doit comporter :

- un formulaire complété, signé et daté ;
- toutes les pièces justificatives originales : factures, prescriptions, preuve de paiement.

Si vous êtes couvert par un organisme de sécurité sociale ou un autre contrat d'assurance qui intervient comme « Premier Assureur », nous vous prions de bien vouloir nous envoyer le décompte original, ainsi que des photocopies de toutes les pièces justificatives, afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

Nous vous remercions de soumettre une demande par personne et de grouper vos demandes afin d'éviter des remboursements de faible montant.

Prenez la précaution de prendre des photocopies de tous les documents avant de nous les envoyer et n'oubliez pas d'indiquer clairement votre numéro d'assurance.

1. Déclaration de sinistre en hospitalisation

En cas d'hospitalisation, nous arrangerons un règlement direct avec l'hôpital lorsque cela est possible et si un préavis raisonnable a été donné.

Votre médecin doit compléter une acceptation préalable et nous l'envoyer avant tout commencement d'un traitement. Nous vous recommandons de nous contacter au moins 5 jours ouvrés avant que votre traitement ne soit administré afin que nous puissions nous assurer qu'il n'y aura pas de délai lors de l'admission.

Vous trouverez les instructions précises quant à la procédure du règlement direct sur notre site.

2. Déclaration de sinistre en consultation externe ou dentaire

Certaines demandes de sinistre en consultation externe peuvent nécessiter qu'une acceptation préalable soit complétée par votre médecin avant que les soins ne soient administrés. Veuillez vous référer au tableau des prestations pour prendre connaissance des prestations nécessitant une acceptation préalable.

Les soins en consultation externe et dentaire sont payés par le patient au moment du soin et sont ensuite remboursés par l'Assureur.

Veuillez noter que les remboursements seront effectués en fonction des limites de la garantie Frais de soins et des acceptations préalables éventuellement requises.

Vous pouvez télécharger le formulaire de déclaration de sinistre et le formulaire d'acceptation préalable depuis notre site Internet : <http://mondial.medical-administrators.com>

3. Acceptation préalable

➤ Qu'est-ce qu'une acceptation préalable ?

Grâce à l'acceptation préalable, l'Assureur garantit la couverture et les coûts de certains traitements. Le formulaire doit être complété par votre médecin et faxé à notre département des déclarations de sinistre afin d'être approuvé préalablement aux soins.

➤ Quand l'acceptation préalable est-elle requise ?

Une acceptation préalable est nécessaire pour :

- hospitalisation, accouchement,
- hospitalisation à domicile,
- rééducation immédiatement suite à une hospitalisation,
- rapatriement,
- IRM,
- kinésithérapie, orthophonie et orthoptie,
- chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acupuncteur,
- prothèses médicales,
- cures thermales,
- prothèses dentaires,
- orthodontie.

➤ Pourquoi l'acceptation préalable est-elle requise ?

Afin de confirmer si les frais sont remboursables dans leur intégralité par rapport à votre formule, l'acceptation préalable est nécessaire. Comme pour toutes les garanties Frais de soins, votre formule couvrira un traitement prescrit et conforme aux pratiques acceptées et traditionnelles de la médecine. Ainsi il est primordial que vous nous contactiez avant que le traitement ne soit administré afin que nous puissions confirmer que le traitement est médicalement nécessaire et que les frais engendrés sont appropriés. En respectant cette procédure, l'Assureur garantit que votre séjour sera sans soucis financier, vous permettant ainsi de ne vous occuper que de votre rétablissement.

Aussi, l'acceptation préalable nous permet de vous offrir un meilleur service :

- en cas d'hospitalisation planifiée, l'Assureur aura le temps de se mettre en relation avec l'établissement hospitalier, facilitera votre admission et garantira un paiement direct ;
- en cas d'évacuation/rapatriement, l'Assureur organisera et coordonnera votre évacuation.

➤ Que se passe-t-il en cas de non-obtention de l'acceptation préalable ?

Au cas où l'acceptation préalable ne serait pas obtenue lors d'une hospitalisation ou lors de tout autre traitement pour lequel ce service est possible, nous nous réservons le droit de refuser la demande de remboursement. Si par la suite le traitement s'avère avoir été médicalement nécessaire, nous ne rembourserons alors que 80% de la prestation hospitalière listée sous votre formule choisie et 50% pour les autres prestations comme précisé sur votre tableau des prestations. En cas d'urgence, nous devons être informés dans les 48 heures suivant l'accident sinon des pénalités seront appliquées à votre demande de remboursement.

4. Soins aux États-Unis

Pour les soins aux États-Unis, les assurés ayant une couverture monde entier doivent informer leur médecin de nous contacter. Nous permettrons l'accès à une gamme de centres de soins et vérifierons les couvertures auxquelles vous avez droit. Nous mettrons en place avec l'hôpital le règlement direct de vos soins reçus en hospitalisation ou en consultation externe.

DES RÉPONSES AUX QUESTIONS

Nous avons sélectionné quelques questions, qui peuvent être intéressantes pour vous. Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à nous contacter.

Dans quel pays puis-je recevoir un traitement ?

Si le traitement médicalement nécessaire pour lequel vous êtes couvert ne pourrait être dispensé sur place, vous avez la possibilité de recevoir le traitement dans n'importe quel autre pays de votre choix à condition que celui-ci soit dans votre zone géographique de couverture.

Si le traitement médicalement nécessaire est dispensé sur place mais que vous choisissez de vous rendre dans un autre pays de votre zone géographique de couverture, nous rembourserons les frais engendrés dans la limite de votre formule à l'exclusion des frais de transport.

Que se passe-t-il si je retourne dans mon pays d'origine ?

Au moment de votre retour dans votre pays d'origine en tant que principal pays de résidence, les effets de la garantie Frais de soins à l'étranger cessent automatiquement.

Que se passe-t-il si je déménage dans un autre pays ?

Si vous êtes toujours un expatrié et si le pays dans lequel vous emménagez est compris dans votre zone géographique de couverture, il suffit de nous en informer dès que possible. Nous enregistrons vos nouvelles coordonnées et votre police d'assurance est toujours maintenue sans coût supplémentaire.

Si au contraire vous vous expatriez vers un pays qui est en dehors de votre zone géographique de couverture (tel que les USA ou le Canada), nous vous prions de nous contacter afin que nous puissions étendre votre couverture. Un coût supplémentaire est à prévoir.

Comment faire si je change d'adresse ?

Tout changement d'adresse (personnelle ou professionnelle) doit nous être communiquée le plus rapidement possible. Ces informations nous permettront de pouvoir vous contacter en cas de nécessité.

Que se passe-t-il si je ne paye pas ma prime d'assurance en temps voulu ?

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les 10 jours suivant son échéance, nous pouvons, moyennant préavis de 30 jours par lettre recommandée valant mise en demeure, suspendre la garantie et, 10 jours après la date d'effet de la suspension, résilier le contrat ou en poursuivre l'exécution en justice.

La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne vous dispense pas de l'obligation de payer les cotisations à leurs échéances, même si les garanties de votre contrat ne sont plus acquises.

Comment dois-je faire si j'ai un souci ou une réclamation ?

Si vous avez un souci ou si vous êtes mécontent d'un des aspects de nos services, veuillez nous contacter aux coordonnées suivantes :

MAI
37 rue Anatole France
92523 Levallois-Perret Cedex - FRANCE

AUTRES TERMES ET CONDITIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SOINS

Les paragraphes suivants sont importants et s'ajoutent aux Conditions Générales de votre garantie.

1. Éligibilité

Quelle que soit votre nationalité et aussi longtemps que votre pays de résidence principale diffère de votre pays d'origine, vous pouvez, ainsi que les personnes à votre charge, prétendre à une couverture.

2. Commencement de la police d'assurance

La garantie Frais de soins entre en vigueur à la date spécifiée sur les conditions particulières. La couverture ne peut cependant être garantie et effective que si nous avons accepté votre questionnaire médical et que ce dernier nous est revenu signé, comme vous l'indique la réception des conditions particulières.

3. Durée et/ou renouvellement de la police d'assurance

La police d'assurance est conclue pour une année. Elle est automatiquement renouvelée pour l'année suivante sous réserve que la couverture choisie soit encore disponible. Un mois avant la date de renouvellement, vous recevrez un avis d'échéance indiquant le montant de la prime pour l'année à venir.

4. Fin de la couverture

La couverture cesse :

- à la fin de la période de couverture mentionnée sur le certificat d'assurance,
- en tout état de cause au dernier jour du 3^{ème} mois à partir de la date à laquelle vous n'êtes plus expatrié,
- à l'échéance du contrat suivant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

5. Fraude

- Si vous ou les personnes à votre charge communiquez des renseignements faux, erronés ou omettez de soumettre des informations qui pourraient avoir une incidence sur notre estimation du risque (en remplissant le questionnaire médical par exemple), l'adhésion sera annulée - avec effet rétroactif au jour de son entrée en vigueur - sauf accord contraire et écrit de notre part. Toute condition ou évolution d'une condition médicale survenant entre la signature du questionnaire médical et la confirmation de l'acceptation par notre service médical, sera aussi considérée comme préexistante. Si le proposant doute de la pertinence d'une information, il doit nous le communiquer. La prime ne vous sera remboursée ni en partie, ni en totalité, et toute demande de remboursement en instance de traitement sera annulée.
- Dans le cas où, une demande de remboursement s'avérerait fautive, intentionnellement exagérée, falsifiée ou encore si des dispositifs ou moyens frauduleux ont été utilisés par vous ou l'une des personnes à votre charge ou par quiconque agissant en votre (ou leur) représentation afin de tirer certains avantages illégaux, immoraux ou non conventionnellement convenus à nos dépens, nous ne paierons pas d'indemnité concernant cette réclamation. Dans le cas où les remboursements ont déjà été effectués pour cette demande d'indemnisation avant la découverte de la manœuvre frauduleuse, nous serons en droit de récupérer tout paiement déjà effectué.

6. Décès

En cas de décès d'un assuré, nous devons en être informés par écrit dans un délai de quatre semaines courant au jour du décès. La couverture sera résiliée et la prime remboursée proportionnellement si aucune déclaration de sinistre ne nous est parvenue. L'Assureur se réserve le droit de demander un certificat de décès avant qu'un remboursement soit effectué. Le décès de l'adhérent entraînera, si des personnes à charge sont couvertes au terme de la même police d'assurance, la désignation d'un nouveau souscripteur.

7. Étendue de la couverture

- L'étendue de votre couverture est définie par la formule choisie, tout venant à la police, ce guide de services et prestations individuels ainsi que tout autre document contractuel. Les frais médicaux liés à l'apparition ou l'aggravation d'une maladie ou de toute autre condition médicale seront remboursés en fonction de votre tableau des prestations et du guide de services et prestations individuels de la police d'assurance individuelle.
- Les traitements ne sont pris en charge que s'ils ont un but palliatif, curatif et/ou diagnostique, s'ils sont médicalement indispensables, appropriés, s'ils sont prescrits et administrés par un médecin, un dentiste ou tout autre thérapeute ayant une licence. Les demandes de remboursement et/ou les frais engendrés ne seront remboursés que si le diagnostic et/ou le traitement prescrit sont conformes aux pratiques acceptées et traditionnelles de la médecine. Les frais et dépenses occasionnés par des agissements à l'encontre d'un avis médical ne seront pas remboursés.
- Les demandes de remboursement seront honorées si nous estimons que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable et habituel dans le pays où le traitement a été administré. Dans le cas contraire, nous nous réservons le droit de réduire le montant de nos prestations.

8. Demandes de remboursement

- Vous et les personnes à votre charge vous engagez à nous fournir toutes les pièces nécessaires au traitement du dossier. L'Assureur se réserve le droit d'accéder à tous les dossiers médicaux et de contacter directement les prestataires de soins ou le médecin traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons opportun, demander à nos frais qu'un examen

de santé soit effectué par notre représentant médical. Toute information sera traitée dans la plus stricte confidentialité. L'Assureur se réserve le droit de refuser le paiement si vous ou les personnes à votre charge ne respectiez pas ces engagements.

- Dans le cas où une demande de remboursement s'avérerait être fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou encore si des dispositifs ou moyens frauduleux étaient utilisés par vous ou l'une des personnes à votre charge ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur dans le but d'obtenir certaines prestations indues, nous ne rembourserions pas cette demande. Vous seriez alors immédiatement redevable de tout montant remboursé préalablement à la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission.

9. Responsabilité

Notre responsabilité vis à vis des personnes assurées se limite aux montants figurant sur le tableau de prestations et sur tout avenant au contrat. En aucun cas, le montant du remboursement, au terme de la police d'assurance, des prestations publiques ou de toute autre assurance n'excèdera le montant des frais indiqués sur la facture.

10. Responsabilité civile d'un tiers

Si vous ou l'une des personnes à votre charge êtes en droit d'être indemnisé par un fond public ou au terme d'une autre police d'assurance concernant une même demande de remboursement, nous nous réservons le droit de refuser de rembourser la demande.

Il vous incombe par ailleurs de faire part à l'Assureur de toute information nécessaire, si vous êtes en droit de réclamer des indemnités auprès d'un tiers. La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans le consentement écrit de l'Assureur, conclure un accord, renoncer à recourir ou vous opposez au droit de l'Assureur de recouvrir toute somme due. L'Assureur sera, le cas échéant, en droit de récupérer les montants que la personne assurée aura perçus et de résilier la police d'assurance.

L'Assureur se reconnaît le droit de subrogation dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'Assureur.

11. Poursuites judiciaires

A moins qu'il n'en soit disposé autrement par les textes et dispositions juridiques en vigueur, vous n'engagerez aucune poursuite judiciaire relative au remboursement d'un sinistre à l'encontre de l'Assureur avant le soixantième jour suivant le dépôt de la demande de remboursement ou après un délai maximum - prescription - de deux ans à compter de cette date.

12. Arbitrage

Sauf accord contraire entre le souscripteur et l'Assureur ou dispositions légales contraignantes, ce contrat est régi par et sera interprété conformément au droit français.

Toute interprétation médicale divergente quant aux résultats ou conséquences liées à un accident ou à un état de santé sera étudiée par deux experts médicaux désignés par écrit par l'adhérent et l'Assureur. Dans l'hypothèse où les deux experts médicaux ne parvenaient pas à s'entendre, il sera fait appel à un arbitre désigné par écrit par les deux experts au commencement de leurs travaux. L'arbitre doit intervenir en qualité d'expert, son avis doit être accueilli comme l'interprétation définitive du cas litigieux sauf en cas d'erreur manifeste ou si le montant excède 150 000 €. Dans ce cas, le litige sera soumis aux règles d'arbitrage de la Chambre Internationale de Commerce au sein de laquelle un ou plusieurs arbitre(s) auront pour objectif de trouver une solution en concordance avec les règles propres à cette institution.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Ce tableau détaille la couverture pour chaque formule. Vous trouverez cette information également sur vos pages personnalisées sur le site <http://mondial.medical-administrators.com>. Vous pouvez consulter vos pages personnalisées avec votre numéro d'assurance qui figure sur votre carte d'assurance.

La formule que vous avez choisie est indiquée sur vos conditions particulières. Pour confirmer votre couverture, merci de vous référer à vos conditions particulières tout en lisant le détail de votre formule ci-dessous.

Une acceptation préalable est obligatoire pour tous les soins nécessitant une hospitalisation ainsi que pour certaines autres prestations médicales. Au cas où l'acceptation préalable ne serait pas obtenue lors d'une hospitalisation ou lors de tout autre traitement pour lequel ce service est possible, nous nous réservons le droit de refuser la demande de remboursement. Pour de plus amples informations concernant l'acceptation préalable, veuillez vous référer au paragraphe « Comment procéder à une demande de remboursement ».

Les montants indiqués sont par personne assurée et par année d'assurance.

Les délais de carence, applicables aux trois formules, sont :

- maternité : 10 mois
- psychiatrie : 12 mois
- prothèse dentaire : 9 mois
- orthodontie : 9 mois
- optique : 9 mois

PRESTATIONS	MONTANTS ET LIMITES DES PRESTATIONS
FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER – Formule basic	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	200 000 €
HOSPITALISATION	
• Hospitalisation médicale	100% des frais réels
• Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels
• Frais annexes à l'hospitalisation	100% des frais réels
• Greffe d'organe	100% des frais réels
AUTRES PRESTATIONS	
• Consultation externe / Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels
• Hospitalisation à domicile (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Transport local d'urgence par ambulance	100% des frais réels
• Traitement dentaire d'urgence suite à un accident	100 % des frais réels limités à 200 € / an
• Traitement d'urgence dans le monde entier (déplacement de moins de 7 semaines)	100% des frais réels
FRAIS MÉDICAUX COURANTS	
• Honoraires de généralistes et spécialistes	80% des frais réels
• Analyses, radiologie, scanners	80% des frais réels
• IRM (acceptation préalable)	80% des frais réels
• Médicaments et vaccins prescrits	80% des frais réels
• Auxiliaires médicaux prescrits	80% des frais réels
OPTIQUE	
• Verres, monture et lentilles prescrites	80% des frais réels limités à 200 € / an

PRESTATIONS	MONTANTS ET LIMITES DES PRESTATIONS
FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER – Formule medium	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	300 000 €
HOSPITALISATION	
• Hospitalisation médicale	100% des frais réels
• Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels
• Frais annexes à l'hospitalisation	100% des frais réels
• Chambre particulière	100 % des frais réels limités à 80 € / jour
• Greffe d'organe	100% des frais réels
• Psychiatrie	100% des frais réels limités à 5 000 € / an
• Lit d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans	100% des frais réels limités à 700 € / an
AUTRES PRESTATIONS	
• Consultation externe / Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels
• Hospitalisation à domicile (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Transport local d'urgence par ambulance	100% des frais réels
• Traitement dentaire d'urgence suite à un accident	100 % des frais réels
• Traitement d'urgence dans le monde entier (déplacement de moins de 7 semaines)	100% des frais réels
FRAIS MÉDICAUX COURANTS	
• Honoraires de généralistes et spécialistes	80% des frais réels
• Analyses, radiologie, scanners	80% des frais réels
• IRM (acceptation préalable)	80% des frais réels
• Médicaments et vaccins prescrits	80% des frais réels
• Auxiliaires médicaux prescrits	80% des frais réels
• Kinésithérapie, orthophonie et orthoptie prescrites (acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 1 000 € / an
• Chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acuponcteur (acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 1 000 € / an
• Prothèses médicales prescrites (acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 1 500 € / an
OPTIQUE	
• Verres, monture et lentilles prescrites	80% des frais réels limités à 200 € / an
DENTAIRE	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	2 000 €
• Soins dentaires	80% des frais réels
• Prothèses dentaires, y compris inlays, onlays, implants (acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 300 € / dent, limités à 1200 € / an
• Orthodontie (enfant de moins de 16 ans et acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 1000 € / an, maximum 2 ans

PRESTATIONS	MONTANTS ET LIMITES DES PRESTATIONS
FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER – Formule premium	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	400 000 €
HOSPITALISATION	
• Hospitalisation médicale	100% des frais réels
• Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels
• Frais annexes à l'hospitalisation	100% des frais réels
• Chambre particulière	100 % des frais réels limités à 120 € / jour
• Greffe d'organe	100% des frais réels
• Psychiatrie	100% des frais réels limités à 5 000 € / an
• Lit d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans	100% des frais réels limités à 700 € / an
AUTRES PRESTATIONS	
• Consultation externe / Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels
• Hospitalisation à domicile (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Transport local d'urgence par ambulance	100% des frais réels
• Traitement dentaire d'urgence suite à un accident	100 % des frais réels
• Traitement d'urgence dans le monde entier (déplacement de moins de 7 semaines)	100% des frais réels
MATERNITÉ	
• Frais d'accouchement	100% des frais réels limités à 5 000 €
FRAIS MÉDICAUX COURANTS	
• Honoraires de généralistes et spécialistes	90% des frais réels
• Analyses, radiologie, scanners	90% des frais réels
• IRM (acceptation préalable)	90% des frais réels
• Médicaments et vaccins prescrits	90% des frais réels
• Auxiliaires médicaux prescrits	90% des frais réels
• Kinésithérapie, orthophonie et orthoptie prescrites (acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 1 500 € / an
• Chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acupuncteur (acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 1 500 € / an
• Prothèses médicales prescrites (acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 2 000 € / an
OPTIQUE	
• Verres, monture et lentilles prescrites	90% des frais réels limités à 400 € / an
DENTAIRE	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	3 000 €
• Soins dentaires	90% des frais réels
• Prothèses dentaires, y compris inlays, onlays, implants (acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 500 € / dent, limités à 2 000 € / an
• Orthodontie (enfant de moins de 16 ans et acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 1500 euros / an, maximum 2 ans

Pour une meilleure compréhension de votre couverture, veuillez lire le présent document et les conditions particulières avec soin. Ce guide décrit les prestations et les exclusions de la formule que vous avez choisie, explique comment procéder à une demande de remboursement et détaille tous les termes et conditions de votre couverture.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à nous contacter.

DEFINITIONS

Ces définitions s'appliquent à l'ensemble des prestations offertes par nos différentes couvertures médicales. Certaines peuvent ne pas apparaître sur votre tableau des prestations. Cependant, les mots et expressions suivants auront les significations définies ci-dessous s'ils apparaissent dans les présentes conditions générales.

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

ANNÉE D'ASSURANCE : période commençant à la date d'effet du contrat, comme indiqué aux conditions particulières, et se terminant exactement une année plus tard.

CHIRURGIE AMBULATOIRE : procédure chirurgicale effectuée au bloc opératoire d'un hôpital ou d'un centre médical ambulatoire ne nécessitant pas la garde du patient et pour laquelle une autorisation de sortie lui sera délivrée le jour même.

CHIRURGIE DENTAIRE : comprend entre autres, l'extraction de dents, l'apicoectomie, ainsi que le traitement des autres problèmes buccaux, tels que des difformités congénitales de la mâchoire (par exemple de la voûte du palais), des fractures et des tumeurs. La chirurgie dentaire ne couvre aucun traitement chirurgical lié aux implants dentaires.

DÉLAI DE CARENCE : période pendant laquelle vous et les personnes à charge n'avez pas droit à certaines prestations. Si un délai de carence s'applique à une prestation, il en est fait mention sur le tableau des prestations. Le délai de carence s'applique également à toute extension de la couverture d'assurance.

FRAIS D'ACCOUCHEMENT : frais médicaux (incluant chambre double) engagés relatifs à l'accouchement vaginal ou par césarienne si cette dernière est médicalement nécessaire ou habituelle dans le pays de naissance. Toute complication, ainsi que la chambre particulière, seront prises en charge par la garantie « Hospitalisation ».

FRAIS DU PARENT ACCOMPAGNANT UN ENFANT DE MOINS DE 16 ANS : prix de la chambre d'hôpital pour un parent durant l'admission de l'enfant assuré à l'hôpital pour un traitement. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, l'Assureur prend à ses frais l'équivalent d'une chambre dans un hôtel 3 étoiles avec salle de bain. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

GREFFE D'ORGANE : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle épinière, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.

HOPITAL : tout établissement possédant le titre d'hôpital médical ou chirurgical dans le pays où il se situe. L'établissement doit offrir à ses patients une surveillance continue de la part d'un médecin. Maisons de repos et de soins, thermes, centres de cure et de remise en forme ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

KINÉSITHÉRAPIE PRESCRITE : traitement administré par un kinésithérapeute agréé, sur ordonnance délivrée par un médecin. La kinésithérapie est initialement limitée à 12 consultations. Si d'autres sessions devaient s'avérer nécessaires, un rapport d'examen justifiant de la nécessité de prolonger le traitement devrait nous être présenté. Cette prestation exclut certains traitements à l'instar du Roling, des massages, de la digiponcture, de la MIL thérapie ou de ceux prodigués par un kinésithérapeute non agréé.

LUNETTES ET LENTILLES DE CONTACT PRESCRITES : prise en charge d'un examen des yeux par année d'assurance par un optométriste ou un ophtalmologiste et d'autre part des lentilles de contact ou des lunettes afin de corriger la vue.

MÉDECIN GÉNÉRALISTE : docteur autorisé, conformément aux dispositions des lois du pays dans lequel le traitement est administré, à pratiquer la médecine dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

MÉDICAMENT NECESSAIRE : services et fournitures qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient ;
- être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient ;
- être conformes aux pratiques médicales généralement acceptées et aux standards médicaux professionnels en application au moment des soins par la communauté médicale ;
- être requis pour des raisons autres que le confort ou l'agrément du patient ou de son médecin ;
- avoir un effet médical prouvé et démontré ;
- être considérés comme du type et du niveau le plus approprié ;
- être donnés avec un équipement, en quantité et en qualité appropriées au niveau de soin requis par l'état du patient ;
- être fournis uniquement durant la période appropriée à l'état du patient.

Dans cette définition, le terme "approprié" prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, "médicalement nécessaire" signifie aussi que les soins ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en consultation externe.

MÉDICAMENT PRESCRIT : produits, y compris l'insuline et les seringues hypodermiques, qui ont été prescrits par un médecin pour le traitement d'une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Le médicament prescrit doit avoir un effet médical prouvé et reconnu par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique dans le pays dans lequel il est prescrit.

NOUS/NOTRE/NOS : l'Assureur.

ORTHODONTIE : usage d'appareils pour corriger une malocclusion et replacer les dents à une fonction et à un alignement correct.

PAYS DE RÉSIDENCE PRINCIPALE : pays dans lequel vous et les personnes à votre charge vivez pendant au moins 6 mois par an.

PAYS D'ORIGINE : pays dont vous, et les personnes à votre charge, êtes expatriés ou pays dans lequel vous souhaitez être rapatriés.

PERSONNE À CHARGE : votre conjoint ou partenaire et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui de votre conjoint ou partenaire, tout enfant adopté ou placé) âgé de moins de 18 ans ou de moins de 24 ans poursuivant des études à temps plein et étant également nommé aux conditions particulières.

PERSONNE ASSURÉE : vous et les personnes à charge mentionnées aux conditions particulières.

PROTHÈSE DENTAIRE : soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'onlays, de reconstruction ou de réparation collées, de bridge, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires et annexes au traitement lorsque la couverture dentaire est prévue.

PROTHÈSES MÉDICALES PRESCRITES : tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit aidant ou supportant la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe à l'instar d'un appareil auditif, d'un auxiliaire de phonation (larynx électronique), de béquilles ou d'un

fauteuil roulant, d'un appareil d'orthopédie, d'un membre artificiel, d'appareil à hernie, de bas de compression élastique ou de semelles orthopédiques.

PSYCHIATRIE : trouble mental, nerveux ou alimentaire suivi par un psychiatre. Ce trouble doit être associé à une permanente souffrance ou à une gêne majeure dans les activités quotidiennes, telle que l'activité professionnelle de l'assuré. Les conditions sus-mentionnées doivent être cliniquement graves et ne pas être une réaction logique ou prévisible à un événement particulier, tel qu'un deuil, des problèmes sociaux ou scolaires ou encore tout problème lié à l'acculturation. Ce trouble doit répondre aux critères de classification d'un classement international tel que le « Manuel des diagnostics et statistiques » (Diagnostic and Statistical Manual DSM-IV) ou la « Classification Internationale des maladies » (International Classification of Diseases ICD-10).

RÉÉDUCATION : le traitement vise à la restauration d'une forme et/ou d'une fonction normale après un accident ou une maladie grave. Le processus de rééducation doit commencer dans un délai de 30 jours après l'hospitalisation pour un accident ou une maladie.

SOINS À DOMICILE : soins médicaux administrés par une infirmière diplômée d'État à votre domicile conformément à la prescription d'un médecin, immédiatement suite à ou pour remplacer une hospitalisation ou des soins ambulatoires.

SOINS AMBULATOIRES : traitements administrés dans un hôpital ou dans un établissement de soins médicaux accessibles pendant la journée, comprenant une chambre d'hôpital et les soins hospitaliers ; traitements ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit et pour lequel une autorisation de sortie est délivrée le jour même.

SOINS DENTAIRES : comprend un bilan dentaire annuel, des plombages simples liés aux caries ou une dévitalisation.

SOINS DENTAIRES D'URGENCE : soins reçus dans une clinique dentaire ou au bloc opératoire des urgences pour le soulagement immédiat d'une douleur dentaire, y compris les plombages dans la limite de trois par année d'assurance et/ou pour la réparation de dommages causés par un accident. Les soins doivent être administrés dans les 24 heures suivant l'accident ou l'apparition de la douleur. Sont exclues les prothèses dentaires et les dévitalisations.

SOINS D'URGENCE EXTERNES : soins immédiatement nécessaires reçus à l'hôpital suite à un accident ou une maladie soudaine, lorsque l'assuré n'occupe pas, par nécessité médicale, un lit. Le traitement doit être reçu dans les 48 heures suivant l'événement d'urgence.

SPÉCIALISTE : médecin diplômé et ayant une licence, les qualifications et l'expertise nécessaires afin d'exercer en tant que spécialiste reconnu les techniques de diagnostic, les traitements et la prévention dans un domaine particulier de la médecine, tel que la neurologie, la pédiatrie, l'endocrinologie, l'obstétrique, la gynécologie et la dermatologie.

TRAITEMENT : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soulager les maladies, infections ou blessures.

TRAITEMENT AMBULATOIRE : traitement pratiqué par un médecin, thérapeute ou spécialiste, dans son cabinet et qui ne nécessite pas l'admission du patient dans un hôpital.

TRAITEMENT HOSPITALIER : traitement reçu dans un hôpital nécessitant la garde de l'assuré pendant la nuit.

TRANSPORT LOCAL PAR AMBULANCE : transport par ambulance à destination de l'hôpital ou de l'établissement sous licence médicale le plus proche et le mieux adapté à la situation requise en cas d'urgence ou de nécessité médicale.

URGENCE : terme utilisé en cas d'accident, de commencement ou d'aggravation soudaine d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiat à l'attention de l'assuré ou de l'une des personnes à sa charge. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, et une hospitalisation intervenant dans les 24 heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires justifiant le remboursement.

VACCINATIONS : immunisations ou injections requises par les autorités sanitaires du pays dans lequel le traitement est administré ou par celles du pays dans lequel vous vous rendez. Les frais relatifs à la consultation et à l'achat du vaccin sont couverts.

VOUS/VOTRE : personne physique dont le nom figure aux conditions particulières.

VOTRE COUVERTURE

Vous trouverez ci-dessous une vue d'ensemble de votre couverture médicale garantissant des remboursements complémentaires aux prestations en nature servies par les assurances volontaires : « maladie – maternité – invalidité » d'une part et « accident du travail – maladie professionnelle » d'autre part proposées par la Caisse des Français à l'Étranger (C.F.E) ou des prestations en nature « maladie et maternité » de la Sécurité Sociale ou équivalent.

Pour une meilleure compréhension de votre couverture, veuillez lire ce guide avec le plus grande attention ainsi que vos conditions particulières. Cette information figure également sur vos pages personnalisées sur le site <http://mondial.medical-administrators.com>.

1. Règlement direct en cas d'hospitalisation

MAI peut établir une procédure de prise en charge directe de vos frais hospitaliers. A cette fin, veuillez bien nous informer 5 jours avant l'hospitalisation de la date de l'admission (et de la durée prévue si possible) pour déclencher la procédure. L'établissement devra nous envoyer les factures (voir nos coordonnées sur votre carte d'assurance) pour le règlement direct.

Nous enverrons un décompte à l'établissement, indiquant le montant qui reste éventuellement à votre charge (par exemple débours personnels).

Vous recevrez copie de ce décompte qui vous permettra de régler le solde restant à votre charge.

Vous trouverez les instructions précises sur vos pages personnalisées sur le site :

<http://mondial.medical-administrators.com>

Vous pouvez nous contacter par e-mail : mondial@medical-administrators.com par téléphone : +33 (0)1 77 68 01 63

Medical Administrators International S.A.S.

37, rue Anatole France – 92300 LEVALLOIS PERRET – France

SAS au capital de 200.000 Euros – R.C.S. NANTERRE 451 649 982 – APE 6622Z – N°ORIAS 07 009 055

2. Carte de membre

MAI fournit une carte de membre personnalisée à chaque personne. Elle contient les coordonnées et numéros essentiels dont vous avez besoin. Vous et votre famille êtes donc seulement à un appel téléphonique de notre aide. Si vous perdez cette carte, pas d'inquiétude, contactez-nous simplement au numéro susmentionné, ou envoyez un e-mail, et une nouvelle carte vous sera envoyée.

3. Médicalement nécessaire

En tant que compagnie d'assurance, nos clients veulent et attendent de nous que nous contrôlions les coûts médicaux dans le but de maintenir les primes d'assurance santé à un niveau abordable.

Pour ce faire, notre équipe de professionnels médicalement très expérimentés s'assure que les interventions médicales prévues sont appropriées et médicalement nécessaires. Ce terme signifie que les soins doivent être donnés en quantité et en qualité appropriées pour traiter l'état du patient, la maladie ou la blessure.

De plus, notre équipe d'experts en déclaration de sinistre s'assure que nous ne remboursons que les centres médicaux où les soins sont reconnus par la sécurité sociale française et ont un coût raisonnable et habituel. Cela signifie que les montants facturés sont conformes aux

standards, correspondent généralement aux procédures médicales internationales et sont appropriés dans le pays où le soin est donné.

4. Zone de couverture

- Les expatriés aux USA, Canada, Suisse, Japon, Israël sont couverts monde entier dès lors qu'ils paient la cotisation correspondante à la zone géographique « USA, Canada, Suisse, Japon, Israël », quelle que soit la durée de leur séjour et quelle que soit le type de pathologie (maladie, urgence ou accident).
- Les expatriés hors des USA, Canada, Suisse, Japon, Israël sont couverts monde entier sauf ces pays et payent la cotisation correspondante à la zone géographique « Monde entier ». Ces expatriés, lors de leurs séjours inférieurs à 7 semaines aux USA, Canada, en Suisse, au Japon ou en Israël sont couverts dans ces pays en cas d'urgence ou d'accident.
- Les expatriés en Afrique sont couverts en Afrique et payent la cotisation correspondante à la zone géographique « Afrique ». L'Afrique est définie comme l'ensemble des pays du continent africain, incluant l'Égypte et Madagascar. Ces expatriés, lors de leurs séjours inférieurs à 7 semaines en dehors de la zone « Afrique » sont couverts en cas d'urgence ou d'accident.
- Quelle que soit la zone géographique d'expatriation choisie, et la durée de votre séjour, vous avez la possibilité de vous faire soigner en France.

5. Votre plan d'hospitalisation expliqué

➤ Prestations hospitalières

En cas d'hospitalisation, vous serez intégralement remboursé dans la limite générale de votre formule. Sont inclus la couverture pour la chambre d'hôpital, ainsi que pour d'autres prestations telles que la prescription de médicaments, les frais d'anesthésie et de bloc opératoire, les honoraires des chirurgiens et anesthésistes, les fournitures médico-chirurgicales, les analyses, la kinésithérapie, la radiothérapie, la chimiothérapie et la greffe d'organe.

Une acceptation préalable est requise pour tout soin en hospitalisation qui apparait sur votre tableau des prestations.

Les prestations maximales sont par personne assurée et par année d'assurance.

➤ Psychiatrie

Lorsque les soins de psychiatrie sont inclus dans votre formule, ils ne le sont qu'en soins hospitaliers.

➤ Frais du parent accompagnant un enfant de moins de 16 ans

Dans le cas où un enfant devrait être hospitalisé, les frais d'hébergement d'un parent accompagnant cet enfant de moins de 16 ans seront pris en charge durant la durée de l'admission. Veuillez vous référer à votre tableau des prestations pour vérifier le montant pris en charge par votre formule. Si un lit d'hôpital n'est pas disponible, l'Assureur prend à ses frais l'équivalent d'une chambre dans un hôtel 3 étoiles avec salle de bain. La couverture prévoit une limite par parent assuré et par année.

➤ Autres prestations comprises dans votre plan d'hospitalisation

Pour une confirmation des prestations éligibles sous votre couverture et pour vérifier lorsqu'une acceptation préalable est nécessaire, veuillez vous référer à votre tableau des prestations. Pour tout autre renseignement, contactez simplement l'assistance téléphonique.

➤ Soins ambulatoires

Cette couverture est fournie avec notre plan d'hospitalisation pour les soins ambulatoires reçus dans un hôpital ou un centre de soins ambulatoires.

➤ Chirurgie en consultation externe

Une couverture est aussi fournie pour les soins chirurgicaux pratiqués dans le cabinet d'un docteur, en hôpital, dans un centre de soins ambulatoire ou dans un département de consultation externe.

➤ Soins à domicile

L'Assureur offre une couverture pour les frais de soins à domicile si les soins font immédiatement suite à une hospitalisation ou pour en remplacer une. Le montant maximum disponible sous cette prestation est indiqué dans le tableau des prestations. Veuillez noter que l'acceptation préalable est requise.

➤ Rééducation

Vous avez la possibilité de recevoir des soins dans un centre de rééducation habilité et qui font immédiatement suite à une hospitalisation. Le montant maximum disponible sous cette prestation est indiqué dans le tableau des prestations. Veuillez noter que l'acceptation préalable est requise.

➤ Transport local par ambulance

Une couverture est fournie pour un transport par ambulance, requis en cas d'urgence ou de nécessité médicale, à destination de l'hôpital ou de l'établissement sous licence médicale le plus proche et le mieux adapté à la situation.

➤ Soins d'urgence en dehors de la zone de couverture

Cette prestation est comprise dans chacune de nos formules. Vous serez couvert en dehors de votre zone de couverture en cas d'urgence pour les voyages d'une durée inférieure à 7 semaines.

Vous êtes couvert, non seulement en cas d'urgence, mais aussi pour le début ou l'aggravation soudaine d'une maladie grave entraînant une condition médicale menaçant votre santé. Pour être considéré comme un soin d'urgence, et ainsi bénéficier de cette prestation, veuillez vous souvenir que le soin médical (donné par un médecin ou par un spécialiste) doit commencer dans les 24 heures suivant l'accident.

Vous ne serez pas couvert pour des traitements ne nécessitant pas de soins urgents tels que les traitements préventifs ou des suivis médicaux.

➤ Scanographie et IRM

La scanographie et l'IRM (dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une consultation externe) sont couverts dans la limite de votre formule. Merci de noter qu'une acceptation préalable est requise pour l'IRM.

➤ Oncologie

Nos plans couvrent les honoraires des spécialistes, examens, radiothérapie, chimiothérapie et autres frais divers hospitaliers dans le cadre d'un traitement du cancer. En cas d'hospitalisation ou de soins ambulatoires, une acceptation préalable est requise.

➤ Frais d'accouchement

Seule la formule premium couvre les frais d'accouchement suivant la limite fixée au tableau des prestations.

Merci de noter qu'un délai de carence de 10 mois s'applique à cette prestation. Dans le cadre de l'hospitalisation, une acceptation préalable est requise.

➤ Couverture des nouveau-nés

Les nouveau-nés sont automatiquement assurés durant les quatre semaines suivant l'accouchement si la mère est assurée par nous depuis au moins six mois complets. Durant cette période de quatre semaines, le nouveau-né partage la couverture de sa mère, ses frais médicaux étant cumulés avec ceux de cette dernière, aucune franchise ou limite propre lui étant attribuée.

Quatre semaines après sa naissance, cette couverture cesse et une demande complète d'affiliation doit être formulée pour pouvoir bénéficier des prestations.

6. Votre plan des consultations externes expliqué

L'Assureur propose le choix parmi trois différentes formules de consultations externes, chacune offrant un niveau de remboursement différent.

Pour vérifier votre couverture, veuillez vous référer à votre tableau des prestations.

Pour les actes et soins prévus par le régime adopté, sont garantis, sauf exclusion précisée aux dispositions particulières :

- en cas d'hospitalisation, les frais portant sur :
 - l'hospitalisation médicale en établissement public ou privé,
 - l'hospitalisation et l'intervention chirurgicales,
 - les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation,
 - le transport du malade.

Le transport est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays.

Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

Pour toute hospitalisation, une acceptation préalable de l'Assureur est requise.

- dans les autres cas, les frais portant sur :

- les consultations, les visites et les actes de pratique médicale courante prescrits par un médecin dûment habilité, définis par la nomenclature internationale et reconnus par le médecin conseil de l'Assureur,
- la pharmacie délivrée sur ordonnance (médicaments, antibiotiques), analyses, orthopédie, prothèse médicale,
- les soins et prothèses dentaires,
- l'optique,
- les cures thermales : le remboursement ne porte que sur les frais de surveillance médicale, à l'exclusion des frais de transport et d'hébergement,
- les frais d'accouchement.

7. Votre couverture dentaire expliquée

Avec nos formules medium et premium, vous pouvez profiter d'une couverture dentaire complète couvrant jusqu'à 90% des frais remboursables.

Cette couverture prend en charge les coûts de :

- radiologie,
- d'analyse,
- de chirurgie dentaire,
- de periodontie (voir tableau des prestations pour maxima par dent et par an),
- d'orthodontie (uniquement pour les moins de 16 ans avec acceptation préalable),
- et de prothèse dentaire (voir tableau des prestations pour maximum par an).

Veuillez prendre en considération qu'un délai de carence de 9 mois s'applique sur les soins d'orthodontie et les prothèses dentaires.

Pour confirmer la couverture de votre formule, veuillez vous référer à votre tableau des prestations.

CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR L'ASSUREUR

Bien que la plupart des maladies soient couvertes par la garantie Frais de soins à l'étranger, certaines dépenses soumises aux traitements répertoriés ci-dessous en sont exclues à moins qu'elles ne soient confirmées dans le tableau des prestations ou dans tout autre support écrit.

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent des risques suivants :

- une maladie ou un accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire si l'assuré prend une part active à l'événement ;
- un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

Les prestations suivantes ne sont pas prises en charge par le contrat :

- les traitements en dehors de la zone géographique telle que précisée ci-dessus ;
- toute forme de traitement expérimental ou non contrôlé qui ne suit pas les pratiques communément acceptées, coutumières ou traditionnelles de la médecine, sauf sur consentement spécifique de la part de l'Assureur ;
- les frais annexes ou de confort en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, ...) ;
- les traitements liés à la toxicomanie ;
- les cures de désintoxication ;
- les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe ;
- toute opération ou traitement lié au changement de sexe ;
- les traitements esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement ;
- les vérifications, études, traitements et complications liés à la stérilité, la stérilisation, les dysfonctionnements sexuels, la contraception y compris l'insertion ou l'enlèvement d'appareil(s) contraceptif(s), l'interruption volontaire de grossesse sauf dans le cas d'une interruption de grossesse médicalement nécessaire intervenant dans le respect de la législation locale ;
- toute chirurgie électorale/volontaire et/ou chirurgie plastique/esthétique ;
- les cures thermales en dehors du territoire français ;
- les frais de transport et d'hébergement relatifs aux cures thermales ;
- les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalassothérapie et centre de remise en forme et maison de repos même si ce séjour est médicalement prescrit ;
- les frais médicaux liés à un séjour en maison de repos et maison de convalescence même si ce séjour est médicalement prescrit ;
- les consultations externes en matière de psychothérapie, psychanalyse et de traitement ;
- les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveux à moins que ce traitement ne soit lié à une perte des cheveux causée par une maladie grave ;
- les traitements en vue de modifier la réfraction d'un oeil ou des yeux (correction oculaire au laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réfractive (KPR) ;
- les médicaments sans ordonnance, et les produits non médicamenteux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampoings, ...

COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Afin de nous permettre de traiter votre demande de remboursement de la manière la plus rapide et efficace possible, veuillez suivre les indications suivantes.

Toute demande de remboursement doit nous être envoyée, accompagnée des originaux des factures et des reçus, dans les deux ans suivant la survenance du sinistre. Ce délai passé, nous ne serons plus dans l'obligation de régler le sinistre.

La demande de remboursement est disponible sur vos pages personnalisées sous le titre **Formulaires**. Nous recommandons l'usage des imprimés disponibles sur notre site, vu qu'ils facilitent le règlement des demandes de remboursement. Leur usage est personnel, étant donné

qu'ils sont automatiquement complétés de votre nom, votre numéro de référence personnel ainsi que du code-barres correspondant.

Ces formulaires peuvent être remplis en ligne, imprimés et renvoyés à MAI par courrier normal, accompagnés des justificatifs requis. Leur contenu peut également être enregistré (avec Acrobat Reader 7.0).

Si vous préférez, vous pouvez les remplir à la main (de préférence en majuscules).

Une demande de remboursement doit comporter :

- un formulaire complété, signé et daté ;
- toutes les pièces justificatives originales : factures, prescriptions, preuve de paiement.

Si vous êtes couvert par un organisme de sécurité sociale ou un autre contrat d'assurance qui intervient comme « Premier Assureur », nous vous prions de bien vouloir nous envoyer le décompte original, ainsi que des photocopies de toutes les pièces justificatives, afin d'obtenir le remboursement complémentaire.

Nous vous remercions de soumettre une demande par personne et de grouper vos demandes afin d'éviter des remboursements de faible montant.

Prenez la précaution de prendre des photocopies de tous les documents avant de nous les envoyer et n'oubliez pas d'indiquer clairement votre numéro d'assurance.

Dans les cas pour lesquels la CFE intervient seule dans un remboursement, (lorsqu'aucun remboursement au titre du présent contrat n'est prévu ou nécessaire), c'est le règlement reçu de la CFE par MAI qui vous sera reversé.

1. Déclaration de sinistre en hospitalisation

En cas d'hospitalisation, nous arrangerons un règlement direct avec l'hôpital lorsque cela est possible et si un préavis raisonnable a été donné.

Votre médecin doit compléter une acceptation préalable et nous l'envoyer avant tout commencement d'un traitement. Nous vous recommandons de nous contacter au moins 5 jours ouvrés avant que votre traitement ne soit administré afin que nous puissions nous assurer qu'il n'y aura pas de délai lors de l'admission.

Vous trouverez les instructions précises quant à la procédure du règlement direct sur notre site.

2. Déclaration de sinistre en consultation externe ou dentaire

Certaines demandes de sinistre en consultation externe peuvent nécessiter qu'une acceptation préalable soit complétée par votre médecin avant que les soins ne soient administrés. Veuillez vous référer au tableau des prestations pour prendre connaissance des prestations nécessitant une acceptation préalable.

Les soins en consultation externe et dentaire sont payés par le patient au moment du soin et sont ensuite remboursés par l'Assureur.

Veillez noter que les remboursements seront effectués en fonction des limites de la garantie Frais de soins et des acceptations préalables éventuellement requises.

Vous pouvez télécharger le formulaire de déclaration de sinistre et le formulaire d'acceptation préalable depuis notre site Internet : <http://mondial.medical-administrators.com>

3. Acceptation préalable

➤ Qu'est-ce qu'une acceptation préalable ?

Grâce à l'acceptation préalable, l'Assureur garantit la couverture et les coûts de certains traitements. Le formulaire doit être complété par votre médecin et faxé à votre département des déclarations de sinistre afin d'être approuvé préalablement aux soins.

➤ Quand l'acceptation préalable est-elle requise ?

Une acceptation préalable est nécessaire pour :

- hospitalisation, accouchement,
- hospitalisation à domicile,
- rééducation immédiatement suite à une hospitalisation,
- rapatriement,
- IRM,
- kinésithérapie, orthophonie et orthoptie,
- chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acupuncteur,
- prothèses médicales,
- cures thermales,
- prothèses dentaires,
- orthodontie.

➤ Pourquoi l'acceptation préalable est-elle requise ?

Afin de confirmer si les frais sont remboursables dans leur intégralité par rapport à votre formule, l'acceptation préalable est nécessaire. Comme pour toutes les garanties Frais de soins, votre formule couvrira un traitement prescrit et conforme aux pratiques acceptées et traditionnelles de la médecine. Ainsi il est primordial que vous nous contactiez avant que le traitement ne soit administré afin que nous puissions confirmer que le traitement est médicalement nécessaire et que les frais engendrés sont appropriés. En respectant cette procédure, l'Assureur garantit que votre séjour sera sans soucis financier, vous permettant ainsi de ne vous occuper que de votre rétablissement.

Aussi, l'acceptation préalable nous permet de vous offrir un meilleur service :

- en cas d'hospitalisation planifiée, l'Assureur aura le temps de se mettre en relation avec l'établissement hospitalier, facilitera votre admission et garantira un paiement direct ;
- en cas d'évacuation/rapatriement, l'Assureur organisera et coordonnera votre évacuation.

➤ Que se passe-t-il en cas de non-obtention de l'acceptation préalable ?

Au cas où l'acceptation préalable ne serait pas obtenue lors d'une hospitalisation ou lors de tout autre traitement pour lequel ce service est possible, nous nous réservons le droit de refuser la demande de remboursement. Si par la suite le traitement s'avère avoir été médicalement nécessaire, nous ne rembourserons alors que 80% de la prestation hospitalière listée sous votre formule choisie et 50% pour les autres prestations comme précisé sur votre tableau des prestations. En cas d'urgence, nous devons être informés dans les 48 heures suivant l'accident sinon des pénalités seront appliquées à votre demande de remboursement.

4. Soins aux États-Unis

Pour les soins aux États-Unis, les assurés ayant une couverture monde entier doivent informer leur médecin de nous contacter. Nous permettrons l'accès à une gamme de centres de soins et vérifierons les couvertures auxquelles vous avez droit. Nous mettrons en place avec l'hôpital le règlement direct de vos soins reçus en hospitalisation ou en consultation externe.

DES RÉPONSES AUX QUESTIONS

Nous avons sélectionné quelques questions, qui peuvent être intéressantes pour vous. Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à nous contacter.

Dans quel pays puis-je recevoir un traitement ?

Si le traitement médicalement nécessaire pour lequel vous êtes couvert ne pourrait être dispensé sur place, vous avez la possibilité de recevoir le traitement dans n'importe quel autre pays de votre choix à condition que celui-ci soit dans votre zone géographique de couverture.

Si le traitement médicalement nécessaire est dispensé sur place mais que vous choisissez de vous rendre dans un autre pays de votre zone géographique de couverture, nous rembourserons les frais engendrés dans la limite de votre formule à l'exclusion des frais de transport.

Que se passe-t-il si je retourne dans mon pays d'origine ?

Au moment de votre retour dans votre pays d'origine en tant que principal pays de résidence, les effets de la garantie Frais de soins à l'étranger cessent automatiquement.

Que se passe-t-il si je déménage dans un autre pays ?

Si vous êtes toujours un expatrié et si le pays dans lequel vous emménagez est compris dans votre zone géographique de couverture, il suffit de nous en informer dès que possible. Nous enregistrerons vos nouvelles coordonnées et votre police d'assurance est toujours maintenue sans coût supplémentaire.

Si au contraire vous vous expatriez vers un pays qui est en dehors de votre zone géographique de couverture (tel que les USA ou le Canada), nous vous prions de nous contacter afin que nous puissions étendre votre couverture. Un coût supplémentaire est à prévoir.

Comment faire si je change d'adresse ?

Tout changement d'adresse (personnelle ou professionnelle) doit nous être communiqué le plus rapidement possible. Ces informations nous permettront de pouvoir vous contacter en cas de nécessité.

Que se passe-t-il si je ne paye pas ma prime d'assurance en temps voulu ?

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les 10 jours suivant son échéance, nous pouvons, moyennant préavis de 30 jours par lettre recommandée valant mise en demeure, suspendre la garantie et, 10 jours après la date d'effet de la suspension, résilier le contrat ou en poursuivre l'exécution en justice.

La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne vous dispense pas de l'obligation de payer les cotisations à leurs échéances, même si les garanties de votre contrat ne sont plus acquises.

Comment dois-je faire si j'ai un souci ou une réclamation ?

Si vous avez un souci ou si vous êtes mécontent d'un des aspects de nos services, veuillez nous contacter aux coordonnées suivantes :

MAI
37 rue Anatole France
92532 Levallois-Perret Cedex - FRANCE

AUTRES TERMES ET CONDITIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SOINS

Les paragraphes suivants sont importants et s'ajoutent aux Conditions Générales de votre garantie.

1. Éligibilité

Quelle que soit votre nationalité et aussi longtemps que votre pays de résidence principale diffère de votre pays d'origine, vous pouvez, ainsi que les personnes à votre charge, prétendre à une couverture.

2. Commencement de la police d'assurance

La garantie Frais de soins entre en vigueur à la date spécifiée sur les conditions particulières. La couverture ne peut cependant être garantie et effective que si nous avons accepté votre questionnaire médical et que ce dernier nous est revenu signé, comme vous l'indique la réception des conditions particulières.

3. Durée et renouvellement de la police d'assurance

La police d'assurance est conclue pour une année. Elle est automatiquement renouvelée pour l'année suivante sous réserve que la couverture choisie soit encore disponible. Un mois avant la date de renouvellement, vous recevrez un avis d'échéance indiquant le montant de la prime pour l'année à venir.

4. Fin de la couverture

La couverture cesse :

- à la fin de la période de couverture mentionnée sur le certificat d'assurance,
- en tout état de cause au dernier jour du 3^{ème} mois à partir de la date à laquelle vous n'êtes plus expatrié,
- à l'échéance du contrat suivant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

5. Fraude

• Si vous ou les personnes à votre charge communiquez des renseignements faux, erronés ou omettez de soumettre des informations qui pourraient avoir une incidence sur notre estimation du risque (en remplissant le questionnaire médical par exemple), l'adhésion sera annulée - avec effet rétroactif au jour de son entrée en vigueur - sauf accord contraire et écrit de notre part. Toute condition ou évolution d'une condition médicale survenant entre la signature du questionnaire médical et la confirmation de l'acceptation par notre service médical, sera aussi considérée comme préexistante. Si le proposant doute de la pertinence d'une information, il doit nous le communiquer. La prime ne vous sera remboursée ni en partie, ni en totalité, et toute demande de remboursement en instance de traitement sera annulée.

• Dans le cas où, une demande de remboursement s'avérerait fautive, intentionnellement exagérée, falsifiée ou encore si des dispositifs ou moyens frauduleux ont été utilisés par vous ou l'une des personnes à votre charge ou par quiconque agissant en votre (ou leur) représentation afin de tirer certains avantages illégaux, immoraux ou non conventionnellement convenus à nos dépens, nous ne paierons pas d'indemnité concernant cette réclamation. Dans le cas où les remboursements ont déjà été effectués pour cette demande d'indemnisation avant la découverte de la manœuvre frauduleuse, nous serons en droit de récupérer tout paiement déjà effectué.

6. Décès

En cas de décès d'un assuré, nous devons en être informés par écrit dans un délai de quatre semaines courant au jour du décès. La couverture sera résiliée et la prime remboursée proportionnellement si aucune déclaration de sinistre ne nous est parvenue. L'Assureur se réserve le droit de demander un certificat de décès avant qu'un remboursement soit effectué. Le décès de l'adhérent entraînera, si des personnes à charge sont couvertes au terme de la même police d'assurance, la désignation d'un nouveau souscripteur.

7. Étendue de la couverture

• L'étendue de votre couverture est définie par la formule choisie, tout avenant à la police, ce guide de services et prestations individuels ainsi que tout autre document contractuel. Les frais médicaux liés à l'apparition ou l'aggravation d'une maladie ou de toute autre condition médicale seront remboursés en fonction de votre tableau des prestations et du guide de services et prestations individuels de la police d'assurance individuelle.

• Les traitements ne sont pris en charge que s'ils ont un but palliatif, curatif et/ou diagnostique, s'ils sont médicalement indispensables, appropriés, s'ils sont prescrits et administrés par un médecin, un dentiste ou tout autre thérapeute ayant une licence. Les demandes de remboursement et/ou les frais engendrés ne seront remboursés que si le diagnostic et/ou le traitement prescrit sont conformes aux pratiques acceptées et traditionnelles de la médecine. Les frais et dépenses occasionnés par des agissements à l'encontre d'un avis médical ne seront pas remboursés.

• Les demandes de remboursement seront honorées si nous estimons que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable et habituel dans le pays où le traitement a été administré. Dans le cas contraire, nous nous réservons le droit de réduire le montant de nos prestations.

8. Demandes de remboursement

• Vous et les personnes à votre charge vous engagez à nous fournir toutes les pièces nécessaires au traitement du dossier. L'Assureur se réserve le droit d'accéder à tous les dossiers médicaux et de contacter directement les prestataires de soins ou le médecin

traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons opportun, demander à nos frais qu'un examen de santé soit effectué par notre représentant médical. Toute information sera traitée dans la plus stricte confidentialité. L'Assureur se réserve le droit de refuser le paiement si vous ou les personnes à votre charge ne respectiez pas ces engagements.

- Dans le cas où une demande de remboursement s'avérerait être fautive, frauduleuse, intentionnellement exagérée ou encore si des dispositifs ou moyens frauduleux étaient utilisés par vous ou l'une des personnes à votre charge ou par quiconque agissant en votre nom ou le leur dans le but d'obtenir certaines prestations indues, nous ne rembourserions pas cette demande. Vous seriez alors immédiatement redevable de tout montant remboursé préalablement à la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission.

9. Responsabilité

Notre responsabilité vis à vis des personnes assurées se limite aux montants figurant sur le tableau de prestations et sur tout avenant au contrat. En aucun cas, le montant du remboursement, au terme de la police d'assurance, des prestations publiques ou de toute autre assurance n'excèdera le montant des frais indiqués sur la facture.

10. Responsabilité civile d'un tiers

Si vous ou l'une des personnes à votre charge êtes en droit d'être indemnisé par un fond public ou au terme d'une autre police d'assurance concernant une même demande de remboursement, nous nous réservons le droit de refuser de rembourser la demande.

Il vous incombe par ailleurs de faire part à l'Assureur de toute information nécessaire, si vous êtes en droit de réclamer des indemnités auprès d'un tiers. La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans le consentement écrit de l'Assureur, conclure un accord, renoncer à recourir ou vous opposez au droit de l'Assureur de recouvrir toute somme due. L'Assureur sera, le cas échéant, en droit de récupérer les montants que la personne assurée aura perçus et de résilier la police d'assurance.

L'Assureur se reconnaît le droit de subrogation dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'Assureur.

11. Poursuites judiciaires

A moins qu'il n'en soit disposé autrement par les textes et dispositions juridiques en vigueur, vous n'engagerez aucune poursuite judiciaire relative au remboursement d'un sinistre à l'encontre de l'Assureur avant le soixantième jour suivant le dépôt de la demande de remboursement ou après un délai maximum - prescription - de deux ans à compter de cette date.

12. Arbitrage

Sauf accord contraire entre le souscripteur et l'Assureur ou dispositions légales contraignantes, ce contrat est régi par et sera interprété conformément au droit français.

Toute interprétation médicale divergente quant aux résultats ou conséquences liées à un accident ou à un état de santé sera étudiée par deux experts médicaux désignés par écrit par l'adhérent et l'Assureur. Dans l'hypothèse où les deux experts médicaux ne parviennent pas à s'entendre, il sera fait appel à un arbitre désigné par écrit par les deux experts au commencement de leurs travaux. L'arbitre doit intervenir en qualité d'expert, son avis doit être accueilli comme l'interprétation définitive du cas litigieux sauf en cas d'erreur manifeste ou si le montant excède 150 000 €. Dans ce cas, le litige sera soumis aux règles d'arbitrage de la Chambre Internationale de Commerce au sein de laquelle un ou plusieurs arbitre(s) auront pour objectif de trouver une solution en concordance avec les règles propres à cette institution.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Ce tableau détaille la couverture pour chaque formule. Vous trouverez cette information également sur vos pages personnalisées sur le site <http://mondial.medical-administrators.com>. Vous pouvez consulter vos pages personnalisées avec votre numéro d'assurance qui figure sur votre carte d'assurance.

La formule que vous avez choisie est indiquée sur vos conditions particulières. Pour confirmer votre couverture, merci de vous référer à vos conditions particulières tout en lisant le détail de votre formule ci-dessous.

Vous avez adopté un régime de prévoyance garantissant des remboursements complémentaires aux prestations en nature servies par les assurances volontaires : « maladie – maternité – invalidité » d'une part et « accident du travail – maladie professionnelle » d'autre part proposées par la Caisse des Français à l'Étranger (C.F.E).

Une acceptation préalable est obligatoire pour tous les soins nécessitant une hospitalisation ainsi que pour certaines autres prestations médicales. Au cas où l'acceptation préalable ne serait pas obtenue lors d'une hospitalisation ou lors de tout autre traitement pour lequel ce service est possible, nous nous réservons le droit de refuser la demande de remboursement. Pour de plus amples informations concernant l'acceptation préalable, veuillez vous référer au paragraphe « Comment procéder à une demande de remboursement ».

Les montants et plafonds indiqués sont par personne assurée et par année d'assurance et s'entendent y compris le remboursement effectué par la CFE ou la Sécurité Sociale en France

Les délais de carence, applicables aux trois formules, sont :

- maternité : 10 mois
- psychiatrie : 12 mois
- prothèse dentaire : 9 mois
- orthodontie : 9 mois
- optique : 9 mois

Les prestations et limites indiquées s'entendent y compris le remboursement effectué par la CFE ou la Sécurité Sociale en France.

PRESTATIONS	MONTANTS ET LIMITES DES PRESTATIONS
FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER – Formule basic	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	200 000 €
HOSPITALISATION	
• Hospitalisation médicale	100% des frais réels
• Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels
• Frais annexes à l'hospitalisation	100% des frais réels
• Greffe d'organe	100% des frais réels
AUTRES PRESTATIONS	
• Consultation externe / Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels
• Hospitalisation à domicile (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Transport local d'urgence par ambulance	100% des frais réels
• Traitement dentaire d'urgence suite à un accident	100 % des frais réels limités à 200 € / an
• Traitement d'urgence dans le monde entier (déplacement de moins de 7 semaines)	100% des frais réels
FRAIS MÉDICAUX COURANTS	
• Honoraires de généralistes et spécialistes	80% des frais réels
• Analyses, radiologie, scanners	80% des frais réels
• IRM (acceptation préalable)	80% des frais réels
• Médicaments et vaccins prescrits	80% des frais réels
• Auxiliaires médicaux prescrits	80% des frais réels
OPTIQUE	
• Verres, monture et lentilles prescrites	80% des frais réels limités à 200 € / an

PRESTATIONS	MONTANTS ET LIMITES DES PRESTATIONS
FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER – Formule medium	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	300 000 €
HOSPITALISATION	
• Hospitalisation médicale	100% des frais réels
• Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels
• Frais annexes à l'hospitalisation	100% des frais réels
• Chambre particulière	100 % des frais réels limités à 80 € / jour
• Greffe d'organe	100% des frais réels
• Psychiatrie	100% des frais réels limités à 5 000 € / an
• Lit d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans	100% des frais réels limités à 700 € / an
AUTRES PRESTATIONS	
• Consultation externe / Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels
• Hospitalisation à domicile (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Transport local d'urgence par ambulance	100% des frais réels
• Traitement dentaire d'urgence suite à un accident	100 % des frais réels
• Traitement d'urgence dans le monde entier (déplacement de moins de 7 semaines)	100% des frais réels
FRAIS MÉDICAUX COURANTS	
• Honoraires de généralistes et spécialistes	80% des frais réels
• Analyses, radiologie, scanners	80% des frais réels
• IRM (acceptation préalable)	80% des frais réels
• Médicaments et vaccins prescrits	80% des frais réels
• Auxiliaires médicaux prescrits	80% des frais réels
• Kinésithérapie, orthophonie et orthoptie prescrites (acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 1 000 € / an
• Chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acuponcteur (acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 1 000 € / an
• Prothèses médicales prescrites (acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 1 500 € / an
OPTIQUE	
• Verres, monture et lentilles prescrites	80% des frais réels limités à 200 € / an
DENTAIRE	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	2 000 €
• Soins dentaires	80% des frais réels
• Prothèses dentaires, y compris inlays, onlays, implants (acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 300 € / dent, limités à 1200 € / an
• Orthodontie (enfant de moins de 16 ans et acceptation préalable)	80% des frais réels limités à 1000 € / an, maximum 2 ans

Les prestations et limites indiquées s'entendent y compris le remboursement effectué par la CFE ou la Sécurité Sociale en France.

PRESTATIONS	MONTANTS ET LIMITES DES PRESTATIONS
FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER – Formule premium	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	400 000 €
HOSPITALISATION	
• Hospitalisation médicale	100% des frais réels
• Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels
• Frais annexes à l'hospitalisation	100% des frais réels
• Chambre particulière	100 % des frais réels limités à 120 € / jour
• Greffe d'organe	100% des frais réels
• Psychiatrie	100% des frais réels limités à 5 000 € / an
• Lit d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans	100% des frais réels limités à 700 € / an
AUTRES PRESTATIONS	
• Consultation externe / Chirurgie ambulatoire de jour	100% des frais réels
• Hospitalisation à domicile (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation (acceptation préalable)	100% des frais réels limités à 2 500 € / an
• Transport local d'urgence par ambulance	100% des frais réels
• Traitement dentaire d'urgence suite à un accident	100 % des frais réels
• Traitement d'urgence dans le monde entier (déplacement de moins de 7 semaines)	100% des frais réels
MATERNITÉ	
• Frais d'accouchement	100% des frais réels limités à 5 000 €
FRAIS MÉDICAUX COURANTS	
• Honoraires de généralistes et spécialistes	90% des frais réels
• Analyses, radiologie, scanners	90% des frais réels
• IRM (acceptation préalable)	90% des frais réels
• Médicaments et vaccins prescrits	90% des frais réels
• Auxiliaires médicaux prescrits	90% des frais réels
• Kinésithérapie, orthophonie et orthoptie prescrites (acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 1 500 € / an
• Chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acuponcteur (acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 1 500 € / an
• Prothèses médicales prescrites (acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 2 000 € / an
OPTIQUE	
• Verres, monture et lentilles prescrites	90% des frais réels limités à 400 € / an
DENTAIRE	
• Limite maximale par bénéficiaire et par année d'assurance	3 000 €
• Soins dentaires	90% des frais réels
• Prothèses dentaires, y compris inlays, onlays, implants (acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 500 € / dent, limités à 2 000 € / an
• Orthodontie (enfant de moins de 16 ans et acceptation préalable)	90% des frais réels limités à 1500 euros / an, maximum 2 ans

DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

1. LES TEXTES RÉGISSANT LE CONTRAT ET LA LOCALISATION DES SOUCRIPTIONS

Le présent contrat est régi par le Code des assurances, les Conditions Générales, ainsi que les Conditions Particulières.

Les Conditions Générales sont établies en langue française.

S'agissant des transactions effectuées sur Internet, l'espace virtuel constitué par les pages web du site du souscripteur est réputé situé dans l'espace français et les souscriptions qui y sont effectuées sont donc localisées en France, sans préjudice de la souscription qu'assure au consommateur la loi du pays dans lequel il a sa résidence habituelle.

2. LE CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

Le contrat doit être souscrit avant votre départ dans votre pays d'expatriation, à condition que vous n'ayez pas encore pris votre transport pour vous rendre dans votre pays d'expatriation. Le contrat est valable un an à compter de sa date d'effet, avec tacite reconduction.

La garantie « Rachat de franchise » s'applique pendant la durée du contrat de location du véhicule.

Les garanties s'appliquent lors de vos déplacements privés ou professionnels à l'étranger.

3. LIMITE D'ÂGE - CESSATION DES GARANTIES

A l'échéance du contrat suivant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré, le contrat cessera de produire effet.

4. LES ASSURANCES CUMULATIVES

Si vous êtes couvert pour les mêmes garanties auprès d'autres assureurs, vous devez nous en informer et nous communiquer leurs coordonnées ainsi que l'étendue de leurs garanties, conformément à l'article L 121-4 du Code des assurances.

Vous pouvez obtenir l'indemnisation de vos dommages en vous adressant à l'assureur de votre choix.

Ces dispositions ne concernent pas les prestations d'assistance, ni les prestations de la garantie « Individuelle accident ».

5. LA SUBROGATION DANS VOS DROITS ET ACTIONS

En contrepartie du paiement de l'indemnité et à concurrence du montant de celle-ci, nous devenons bénéficiaires des droits et actions que vous possédez contre tout responsable du sinistre, conformément à l'article L 121-12 du Code des assurances.

Si nous ne pouvons plus exercer cette action, par votre fait, nous pouvons être déchargés de tout ou partie de nos obligations envers vous.

6. LES SANCTIONS APPLICABLES EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION À LA SOUCRIPTION

- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré dans la déclaration du risque est sanctionnée par la nullité du contrat dans les conditions prévues par l'article L 113-8 du Code des assurances.
- L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie est sanctionnée dans les conditions prévues par l'article L 113-9 du Code des assurances :
 - si elle constatée avant tout sinistre : l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime, soit de résilier le contrat sous dix jours par lettre recommandée, en remboursant la part de prime trop perçue.
 - si la constatation n'a lieu qu'après le sinistre : l'assureur peut réduire l'indemnité en proportion du montant de la prime payée par rapport au montant de la prime qui aurait été due si le risque avait été complètement et exactement déclaré.

7. LES SANCTIONS APPLICABLES EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE DE VOTRE PART AU MOMENT DU SINISTRE

Toute fraude, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part sur les circonstances ou les conséquences d'un sinistre entraîne la perte de tout droit à prestation ou indemnité pour ce sinistre.

8. LA PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Concernant la garantie « Individuelle accident », le délai est porté à dix (10) ans lorsque l'action est exercée par les Ayants droit de l'Assuré.

Concernant la garantie « Responsabilité civile Vie Privée à l'Étranger », le délai ne court qu'à compter du jour où un Tiers porte à la connaissance de l'assuré son intention d'obtenir l'indemnisation de la part de l'assuré, à la condition que son action ne soit pas prescrite, conformément à l'article 2226 du Code civil.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription s'interrompt par :

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité,
- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
- les causes ordinaires d'interruption de la prescription.

9. L'ÉVALUATION DES DOMMAGES

Les causes et conséquences du sinistre sont estimées de gré à gré, à défaut par une expertise amiable, sous réserve de nos droits respectifs.

Chacun de nous désigne un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert : les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix. Faute par l'un d'entre nous de nommer son expert ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième expert, la désignation est effectuée par le président du Tribunal de Grande Instance du lieu du domicile du souscripteur.

Cette désignation est faite sur simple requête signée de nous ou de l'un d'entre nous seulement, l'autre ayant été convoqué par lettre recommandée.

Chacun paye les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, par moitié les honoraires du tiers expert.

10. LE DÉLAI DE RÉGLEMENT DES SINISTRES

Dès lors que votre dossier est complet, votre indemnisation intervient dans les 10 jours suivant l'accord intervenu entre nous ou la décision judiciaire exécutoire.

11. L'ÉVOLUTION DE LA PRIME

11.1. Age de l'assuré

La prime dépend de l'âge de l'assuré à l'échéance annuelle du contrat.

11.2. Indexation

La prime du contrat évolue selon la variation de l'Indice des prix à la consommation (série hors tabac - ensemble des ménages), base 100 en 1998, publié mensuellement par l'INSEE.

A chaque échéance annuelle, la prime évolue proportionnellement à la variation entre l'indice de souscription et l'indice d'échéance.

Le montant de l'indice d'échéance est indiqué sur l'appel de prime.

11.3. Révision de la prime

La prime peut être révisée chaque année à l'échéance du contrat.

Dans ce cas, le souscripteur a la faculté de demander la résiliation du contrat dans les trente jours suivant celui où il a eu connaissance de cette majoration.

Cette résiliation prend effet un mois après sa notification par lettre recommandée, par le souscripteur, le cachet de la poste faisant foi.

Le souscripteur reste néanmoins tenu de nous verser la portion de prime calculée à l'ancien tarif pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.

A défaut de cette résiliation, l'augmentation de la prime prend effet à compter de la date portée sur l'appel de prime.

12. LE PAIEMENT DE LA PRIME

Les appels de prime non soldés sont reportés sur un relevé de compte mensuel, établi par nous. Il appartient au souscripteur de régler la prime dans les 10 jours suivant l'envoi du relevé de compte.

13. LES SANCTIONS APPLICABLES

13.1. L'inexactitude des déclarations du souscripteur

En cas d'erreur ou omission dans les déclarations servant de base à la fixation de la prime, nous pouvons demander, outre le paiement du montant de la prime, une indemnité égale à 50% de la prime omise, conformément aux dispositions de l'article L 113-10 du Code des assurances.

De plus, lorsque les erreurs ou les omissions ont, par leur nature, leur importance ou leur répétition, un caractère frauduleux, nous pouvons exiger le remboursement des sinistres payés.

13.2. Le non-paiement des primes

Conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances, en cas de non-paiement de la prime par le souscripteur dans les 10 jours suivant l'envoi du relevé de compte, le cachet de la poste faisant foi :

- nous adressons à son dernier domicile ou siège social connu une lettre recommandée de mise en demeure et les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre, le cachet de la poste faisant foi. La suspension de garantie entraîne la non-garantie de tout sinistre, survenu après le 30^{ème} jour qui suit l'envoi de notre mise en demeure. Sauf résiliation intervenue entre-temps, la garantie est remise en vigueur le lendemain midi du paiement de l'intégralité des primes, accessoires, frais et intérêts ayant fait l'objet de la mise en demeure, ainsi que des fractions de primes venues à échéance pendant la période de suspension ;
- nous résilions le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité. Le souscripteur en est informé par mention figurant dans la mise en demeure. La résiliation du contrat ne dispense pas le souscripteur du paiement de la prime échue.

14. LA RÉSILIATION DU CONTRAT

14.1. Le contrat peut être résilié

- **par le souscripteur ou par nous :** chaque année à la date d'échéance du contrat moyennant un préavis de deux mois avant cette date ;
- **par nous :**
 - à l'échéance suivant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré ;
 - dans le cas où le souscripteur ne paie pas la prime, dans les conditions prévues à l'article 13.2 « *Le non-paiement des primes* » ;
 - dans le cas où des omissions ou des inexactitudes apparaissent dans les déclarations du souscripteur à la souscription ou en cours de contrat (article L 113-9 du Code des assurances) ;
 - après sinistre ; la résiliation prend effet un mois après que le souscripteur en a reçu notification (article R 113-10 du Code des assurances) ;
- **par le souscripteur :**
 - si nous modifions le tarif, dans les conditions prévues à l'article 11 « *L'évolution de la prime* » ;
 - si nous résilions après sinistre un autre contrat souscrit par le souscripteur (article R 113-10 du Code des assurances) ;
- **de plein droit :** en cas de retrait de notre agrément administratif (article L 326-12 du Code des assurances).

14.2. Les modalités de résiliation

➢ Pour le souscripteur

Par lettre recommandée ou par déclaration contre récépissé ou encore par acte extrajudiciaire (notification d'huissier) à notre siège social à Paris.

Le point de départ du préavis est la date d'envoi par l'expéditeur de la lettre recommandée demandant la résiliation, le cachet de la poste faisant foi.

➢ Pour nous

Par lettre recommandée au dernier domicile ou siège social connu du souscripteur.

Le point de départ du préavis est la date d'envoi par l'expéditeur de la lettre recommandée demandant la résiliation, le cachet de la poste faisant foi.

15. LES MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un assuré est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, l'adresse à retenir pour adresser une réclamation est la suivante :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 20043
75379 Paris cedex 08

Un accusé de réception parviendra à l'assuré dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, l'assuré peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)
BP 290
75425 Paris cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFSA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 règles de la **Charte de la Médiation** de la FFSA.

16. L'ADRESSE DE AGA INTERNATIONAL

AGA International fait éléction de domicile en son établissement secondaire :

Tour Gallieni II
36, avenue du Général de Gaulle
93175 Bagnolet Cedex

Les contestations qui pourraient être élevées contre AGA International à l'occasion du présent contrat, sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites à l'adresse indiquée ci-dessus.

17. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la "Loi Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le *Bénéficiaire* dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE
Direction technique – service juridique

Tour Galliéni II
36, avenue du Général de Gaulle
93175 Bagnolet Cedex

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations l'assurance.

18. L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'organisme chargé du contrôle de AGA International est l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

AGA International
Tour Galliéni II
36 avenue du Général de Gaulle
93175 Bagnolet cedex
Tél. : +33 (0)1 49 93 29 00
Fax : +33 (0)1 49 93 29 19
www.mondial-assistance.fr

Société Anonyme
au capital de 16 812 500 €
519 490 080 RCS PARIS
Siège social :
37 rue Taitbout – 75009 Paris

Société d'assurances de voyages et d'assistance.
Entreprise privée régie par le Code des Assurances.

How can we help?
non-Paid