

NOTICE

D'INFORMATION

ACS Expat

Complément CFE

Version 1 - 20250407





Notice d'information

ACS Expat - Assurance Expatriation

En qualité de membre de l'Association Globe Partner, vous avez choisi d'adhérer aux garanties souscrites par l'Association auprès de MGEN Portugal, dont le siège social est situé au Rua Duque de Palmela, 11 A 1250-097, Lisbonne, Portugal, dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits (VYV-IB) SAS au capital social de 1 000 000 euros, et dont le siège social est situé 3 Square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15, France. MGEN Portugal est contrôlé par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões et autorisé à exercer en France via la Libre Prestation de Services, sous le contrat n° MGENIB1200132SAN.

La gestion administrative des garanties est déléguée à ACS, 153 rue de l'Université, 75007 Paris, France SAS au capital de 150.000 €, société de courtage d'assurances immatriculée au RCS Paris sous le n° 317 218 188, n° ORIAS 07 000 350. ACS a subdélégué le remboursement et la prise en charge des frais de Santé auprès de PROTEGAT Cover S.L., société de droit espagnol immatriculée au Registre du Commerce espagnol sous le numéro CIF B67361113, enregistrée auprès de la DGSFP sous le numéro J2463, dont le siège social est situé Carrer de Sepúlveda, 143, Àtico 3A- 08011 Barcelona, Espagne ; ainsi que l'organisation des prestations d'Assistance -Rapatriement à LLT Consulting, SAS au capital de 100 000 euros, RCS de La Rochelle 828 002 188 et n° ORIAS 17004577, dont le siège social est situé 3 passage de la Corvette, Le Gabut, 18 Quai Georges Simenon 17000 La Rochelle, France.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit sont définis dans la présente notice.

En cas de divergence entre la version française et des versions en d'autres langues de la présente notice, la version française prévaudra.

Sommaire

I.	GÉNÉRALITÉS	P3
II.	DÉFINITIONS	P5
III.	GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	P10
IV.	FORMALITES POUR LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS MEDICAUX	P13
V.	GARANTIES « EVACUATION MEDICALE OU SANITAIRE » ET « ASSISTANCE PLUS »	P14
VI.	RISQUES EXCLUS RELATIFS A TOUTES LES GARANTIES	P18
VII.	BASES DU CONTRAT D'ASSURANCE	P19
VIII.	PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	P21
IX.	MEDIATION	P22
X.	AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE DE L'ASSUREUR ET DU COURTIER	P22
XI.	DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE	P22
XII.	NUMÉROS D'URGENCE	P22
XIII.	TABLEAU DES MONTANTS DE GARANTIES	P23
	ANNEXE : DECLARATION DE CONFIDENTIALITE ACS	P27



I. Généralités

Admissibilité – Affiliation

Sont admissibles facultativement les personnes membres de l'Association Globe Partner âgées de moins de 65 ans expatriées dans la zone sélectionnée lors de la souscription, dans le monde entier, y compris dans leur pays de nationalité (si celui-ci est sélectionné). L'ensemble des bénéficiaires du contrat doit être affilié auprès de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) et détenir un contrat actif. Une attestation d'ouverture des droits auprès de cet organisme est requise à la souscription du contrat complémentaire auprès d'ACS.

Les postulants doivent au moment de leur demande d'affiliation remplir un bulletin individuel d'affiliation incluant un questionnaire de santé à compléter pour chaque bénéficiaire, et fournir toutes les pièces justificatives requises dont la copie des passeports valides pour chaque bénéficiaire. Le questionnaire de santé doit être validé par le Médecin Conseil de l'Organisme assureur. Un examen médical, aux frais de l'Organisme assureur, peut être demandé. L'Organisme assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

L'Adhérent, ainsi que ses Ayant(s) droit, le cas échéant, prennent la qualité de bénéficiaires, une fois affilié(s) au contrat. Cette admission se formalise par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

L'Adhérent s'oblige à justifier à tout moment ses déclarations via l'envoi des justificatifs correspondants à sa situation.

Précisions concernant les nouveau-nés : Les nouveau-nés peuvent être couverts dès la naissance sans questionnaire de santé (sauf en cas de naissance multiple ou d'adoption d'un enfant placé en centre ou famille d'accueil), à condition qu'ACS soit informé dans les 30 jours suivant la date de naissance de l'enfant et en faisant parvenir l'acte de naissance délivré par l'hôpital. Si ACS est informé de l'ajout d'un nouveau-né plus de 30 jours après la naissance, l'Adhérent devra remplir pour cet enfant un questionnaire de santé et attendre la validation de l'Organisme assureur.

Personnes adhérentes et bénéficiaires des garanties

Peuvent adhérer au contrat les personnes physiques réunissant les conditions suivantes :

- être expatrié au sens du contrat
- être âgé de moins de 65 ans au jour de l'adhésion ;

- être membre de l'Association Globe Partner et s'être acquitté des droits d'adhésion auprès de cette dernière.

Sont également admissibles en tant qu'Ayants Droit à condition qu'ils soient âgés de moins de 65 ans au jour de leur affiliation, les Enfant(s) de l'Adhérent, et/ou de son Conjoint (partenaire de PACS ou Concubin), tels que définis au contrat, résidant dans la même zone de couverture que celle de l'Adhérent et étant fiscalement à charge de l'Adhérent ; ainsi que le Conjoint (ou le Partenaire de PACS ou le Concubin déclaré, à défaut de Conjoint).

Sont admissibles au régime frais de santé décrit au contrat :

- soit l'Adhérent seul,
- soit l'Adhérent et ses Ayants droit.

Les personnes qui prennent la qualité d'Ayants droit sont les suivantes :

- le Conjoint, c'est-à-dire l'époux ou l'épouse de l'Adhérent non divorcé, ni séparé de corps judiciairement,
- ou le Partenaire de l'Adhérent lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ayant pour but d'organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil) ou contrat civil équivalent en droit étranger
- ou en l'absence de Conjoint ou Partenaire, le Concubin déclaré.

On entend par « Concubin déclaré » la personne vivant avec l'Adhérent et remplissant avec ce dernier les deux conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Adhérent lors de son affiliation, avec production d'un certificat ou d'un justificatif de domicile commun et une attestation sur l'honneur de vie commune. Le certificat doit être en vigueur et légalement reconnu par une autorité compétente dans le pays de concubinage. La cessation de l'état de concubinage doit être déclarée par écrit par l'Adhérent.

Chaque Adhérent ne peut avoir qu'un seul bénéficiaire au titre de la qualité de Conjoint, Partenaire ou Concubin.

- Les Enfants de l'Adhérent et/ou ceux de son Conjoint (ou Partenaire de PACS ou Concubin) : jusqu'au jour du 20ème anniversaire.

La cotisation adulte sera appliquée dès les 18 ans de l'enfant.

Pour être considérés comme bénéficiaires, les Ayants droit doivent être mentionnés sur le bulletin individuel d'affiliation et figurer sur le certificat d'adhésion émis par ACS.



Tout changement de situation doit être porté à la connaissance d'ACS dans un délai de 30 jours à compter de l'évènement.

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

Champ d'application territorial des garanties

La zone géographique de couverture choisie par l'Adhérent doit nécessairement comprendre le pays d'expatriation de celui-ci. Les garanties peuvent intervenir, 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle en cas de maladie ou d'accident et :

- **dans tous les pays de la zone géographique choisie, parmi les zones géographiques suivantes :**

ZONE 1 : Monde entier sauf Hong-Kong, Singapour, Chine, Royaume-Uni, Brésil, Mexique, Bahamas, Canada, Japon, Israël, Arabie Saoudite, Bahreïn, Brunei, Koweït, Oman, Qatar, Afrique du Sud, Australie, Nouvelle-Zélande et Pays Non Eligibles à l'Expatriation.

ZONE 2 : Monde entier sauf Hong-Kong, Singapour, Chine, Royaume-Uni, Brésil, Mexique, Bahamas, Canada et Pays Non Eligibles à l'Expatriation.

ZONE 3 : Monde entier sauf Pays Non Eligibles à l'Expatriation.

Pays Non Eligibles à l'Expatriation : Les pays suivants ne sont pas éligibles à l'expatriation : Afghanistan, Corée du Nord, Émirats Arabes Unis, États-Unis d'Amérique, Iran, Maroc, Russie, Soudan du Sud, Suisse, Syrie.

Par voie d'exception, les ressortissants des États-Unis d'Amérique peuvent être couverts, lors de leurs retours dans le pays de nationalité, six mois maximum par année d'assurance, sous réserve qu'ils aient effectué ce choix lors de l'adhésion.

- **En dehors de la zone géographique choisie** (et à l'exception de l'Iran, la Corée du Nord, la Syrie et l'Afghanistan) : lors d'un déplacement d'une durée de moins de sept (7) semaines, pour les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence, tel que ces termes sont définis dans la section « Définitions », à la condition que le traitement ait été pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste ou que l'hospitalisation ait été nécessitée par la cause

directe de l'urgence et qu'elle intervienne dans les vingt-quatre (24) heures.

Il convient de noter que les justificatifs de déplacement prouvant la durée du séjour en dehors de la zone de couverture pourront être demandés (billet d'avion, de train, carte d'embarquement...). En l'absence des justificatifs, l'Organisme assureur ne sera pas tenu de servir la prestation.

- **Dans les autres cas, après accord exprès de l'Organisme assureur.**

Entrée en vigueur des garanties

Lorsque la couverture a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque bénéficiaire à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion remis à l'Adhérent, sous réserve du paiement intégral de la première échéance.

Les garanties au profit des Ayants droit de l'Adhérent prennent effet en même temps que celles de l'Adhérent ou postérieurement, dès que les intéressés remplissent les conditions d'éligibilité et les conditions d'admission dans l'assurance telles qu'elles sont requises.

Durée des garanties

Une fois admis à l'assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de fausse déclaration, l'Adhérent ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier. L'Adhésion de l'Adhérent se renouvelle ensuite par tacite reconduction à la date d'anniversaire de l'adhésion pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'Adhérent.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

- Pour chaque Adhérent :
 - À l'initiative de l'Adhérent en cas de résiliation annuelle ou infra-annuelle de son contrat individuel d'assurance,
 - Dès qu'il cesse d'appartenir à la catégorie de « personnes adhérentes » telle que définie dans la présente notice,
 - À la date à laquelle il n'est plus couvert par la Caisse des Français de l'Étranger (CFE),
 - En cas de non-paiement des cotisations,
 - À la date à laquelle l'Adhérent n'est plus membre de l'Association Globe Partner,
 - En cas de réticence ou de fausse déclaration,
 - En cas de liquidation judiciaire de l'Organisme assureur ou de l'Association souscriptrice,
 - Au jour du décès de l'Adhérent.



L'adhérent peut mettre fin à sa couverture :

- À la date d'échéance annuelle de sa couverture, en informant ACS, au moins deux (2) mois avant cette date. La date d'expédition de la notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- Sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai minimal de douze (12) mois effectifs de couverture selon les conditions et modalités définies aux articles L113-15-2 du Code des assurances. La dénonciation de l'adhésion prend effet un (1) mois après que ACS en ait reçu notification.

L'Adhérent peut notifier sa demande de résiliation dans les conditions prévues aux articles L.113-14 du Code des assurances, selon les modalités suivantes, au choix de l'Adhérent :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable,
 - soit par une déclaration faite au siège social ou au sein d'une implantation de l'Organisme assureur,
 - soit par un acte extrajudiciaire,
 - soit lorsque l'adhésion au contrat, objet de la présente notice, s'effectue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,
 - soit par tout autre moyen prévu par le contrat.
- Pour la totalité des Adhérents, à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance groupe n° MGENIB1200132SAN entre l'Association Globe Partner et MGEN Portugal.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne pour l'Adhérent la suppression du droit aux prestations, au terme de la période d'assurance souscrite, sous réserve de l'application des délais de prescription.

Sanctions applicables en cas de fausse déclaration

Toute fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte du risque ou des circonstances nouvelles qui ont pour conséquences, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, entraîne l'application des sanctions suivantes prévues par le Code des assurances :

- Si elle est intentionnelle (Article L.113-8 du Code des assurances) :
 - la nullité de votre contrat,
 - les cotisations payées nous sont acquises et nous avons le droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes les cotisations échues,
 - vous devez nous rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat.

- Si elle n'est pas intentionnelle (Article L.113-9 du Code des assurances) :
 - l'augmentation de votre cotisation ou la résiliation de votre contrat lorsqu'elle est constatée avant tout sinistre,
 - la réduction de vos indemnités dans le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été conforme à la réalité, lorsqu'elle est constatée après sinistre.

La personne assurée est déchue de tout droit à prestations si elle fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences ou montants du sinistre.

La déchéance de garantie est également appliquée si la personne assurée utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs.

II. Définitions

Définitions pour l'ensemble des garanties

Les termes et expressions utilisés dans la présente notice ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine à caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure, **à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique**. La cause et les symptômes doivent être médicalement et objectivement définissables, et être sujets à un diagnostic et requérir des soins.

Adhérent : est celui sur la tête duquel repose le risque. Il s'agit de la personne physique expatriée âgée de moins de 65 ans à l'adhésion, ayant adhéré au contrat, acquittant sa cotisation et qui réside dans un pays autre que son pays d'origine, ainsi que ses éventuels Ayants droits âgés de moins de 65 ans au jour de la date d'effet de leur adhésion.

Aléa : événement dont la réalisation est incertaine et indépendante de la volonté de l'Adhérent.

Année de couverture ou d'assurance : la première période de couverture garantie par l'Organisme assureur débute à la date figurant sur le Certificat d'adhésion et pour une durée d'un an. L'adhésion est ensuite renouvelée à chaque date anniversaire.

Assisteur : personne morale qui se voit confier l'exécution des prestations d'Assistance pour le compte de l'Organisme assureur.



Appareils et matériel chirurgicaux : appareils et matériel requis lors d'une intervention chirurgicale. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.

Autorité médicale habilitée / médecin : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine légalement reconnu dans le pays où elle exerce habituellement son activité professionnelle.

Auxiliaires médicaux : infirmiers, aides-soignants et autre personnel médical diplômé d'État.

Ayant(s) droit(s) : il s'agit du Conjoint(e) ou Partenaire ou Concubin (y compris partenaire de même sexe) et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui du Conjoint ou Partenaire, tout enfant adopté ou placé) qui dépend financièrement de l'Adhérent.

Bénéficiaire : la personne Adhérente à qui sont dues les prestations versées par l'Organisme assureur au titre de la couverture en cas de réalisation du risque.

Bilan de santé : examens médicaux entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Ces bilans ont pour objectif d'anticiper la détection des maladies.

Catastrophes naturelles : intensité anormale d'un agent naturel ne provenant pas d'une intervention humaine.

Certificat d'adhésion : document émis par ACS matérialisant l'acceptation de la demande d'adhésion et précisant notamment les garanties accordées par l'organisme assureur et leur date de prise d'effet.

Chirurgie ambulatoire : intervention chirurgicale effectuée dans un cabinet médical, hôpital, centre médical de jour ou ambulatoire, pour laquelle la garde médicale du patient n'est pas nécessaire.

Complication de grossesse et d'accouchement : elles concernent les complications qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse, et dans ce contexte seront couverts les cas suivants : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, prééclampsie, fausse couche, risques de fausse couche et enfant mort-né ou môle. Seront également couvertes les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire.

Déchéance : perte du droit à la garantie pour le Sinistre en cause.

Délai d'attente (ou de carence) : période pendant laquelle l'Adhérent n'a pas droit à certaines prestations. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion mentionnée sur le certificat d'assurance émis par ACS.

Déléataire de gestion : personne morale qui se voit confier la réalisation des actes de gestion (appel de cotisations, règlement des prestations etc...) pour le compte de l'Organisme assureur.

Entreprise de transport : toute société dûment agréée par les autorités publiques pour le transport de passagers.

Epidémie : maladie contagieuse dont la propagation constitue une épidémie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou l'autorité sanitaire compétente du pays dans lequel vit l'Adhérent.

Expatrié : personne vivant au moins six (6) mois de l'année, en dehors de son pays de résidence habituelle ou de nationalité, seule ou avec ses Ayants droit.

Force majeure : événement imprévisible et irrésistible, qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

Frais d'accouchement : frais médicaux engagés relatifs à l'accouchement vaginal ou par césarienne, si cette dernière est médicalement nécessaire.

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, de l'urne et de cercueil nécessaire au transport et conformes à la législation locale, à l'exclusion des frais d'inhumation (ou de crémation), d'embaumement et de cérémonie.

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 de l'Adhérent ou de son Conjoint à l'Hôpital pour un traitement. Si un lit d'Hôpital n'est pas disponible, l'Organisme assureur prend à ses frais l'équivalent d'une chambre à concurrence des montants indiqués. Les frais divers tels que les repas, les appels téléphoniques ou les journaux ne sont pas couverts.

Franchise : partie du coût du sinistre restant à la charge de l'Adhérent.

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.

Guerre civile : opposition armée de plusieurs parties appartenant à un même pays, ainsi que toute rébellion armée, révolution, sédition, insurrection, coup d'État, application de la loi martiale ou fermeture des frontières commandée par les autorités locales.

Guerre étrangère : opposition armée déclarée ou non d'un État à un autre État, ainsi que toute invasion ou état de siège.

Hôpital/Etablissement régulièrement autorisé : désigne une institution légalement agréée comme hôpital médical ou chirurgical dans le pays où elle est située, placée sous le contrôle permanent d'un médecin résident. Ne sont pas considérés comme des hôpitaux, les maisons de repos et de soins, thermes, centre de cure et de remise en forme.

Hospitalisation :

(i) Les séjours de plus de 24 heures pour des traitements médicaux ou des Interventions Chirurgicales en établissement public ou privé par suite d'un Accident ou d'une maladie. Sont alors couverts :

- l'Intervention chirurgicale et les frais de séjour correspondants,
- les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une Hospitalisation,
- le transport du malade entre le domicile du malade ou le lieu de l'Accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays.

(ii) Les séjours de moins de 24 heures en cas :

- de chirurgie ambulatoire,
- d'actes de fibroscopie, coloscopie, endoscopie, ou
- de tout traitement de cancer, de chimiothérapie, radiothérapie ou dialyses.

Les séjours de moins de 24 heures pour des actes établis dans les services d'urgence des hôpitaux ne donnant pas lieu à Intervention Chirurgicale, sont considérés comme des soins ambulatoires et ne rentrent pas dans le champ du poste Hospitalisation, sauf si mention prévue dans le Tableau des Garanties.

Les soins reçus aux services d'urgences pendant les 24 heures suivant un Accident ou une Maladie inopinée, sans nécessité d'hospitalisation, sont pris en charge dans l'option « Soins médicaux courants, Prévention et Dépistage ».

Hospitalisation à domicile : Soins administrés au domicile du patient, comme une alternative à l'hospitalisation classique. L'hospitalisation doit faire immédiatement suite à une hospitalisation prise en charge par le contrat, et avoir été prescrite par un

médecin. En aucun cas, l'hospitalisation à domicile ne consiste en des actes d'aide à domicile.

Intervention chirurgicale : les actes dispensés sous anesthésie (générale ou locale) ou l'atteinte d'un organe à traiter après incision, sont réputés actes de chirurgie.

Lunettes et lentilles de contact prescrites : prise en charge des lentilles de contact ou des lunettes afin de corriger la vue.

Maladie : altération de la santé constatée par une autorité médicale, nécessitant des soins médicaux.

Maladie inopinée : toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible.

Médicalement nécessaire : correspond aux 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 appropriés au niveau de soin requis par l'état du patient.
- être fournis uniquement durant la période appropriée à l'état du patient.

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.

Une prestation ne sera pas considérée comme médicalement nécessaire si elle est réalisée uniquement par souci de commodité pour le prestataire ou l'assuré(e) et/ou n'est pas adéquate au vu des symptômes de l'Adhérent et/ou est supérieur(e), en termes d'étendue, de durée ou d'intensité, au degré de soin nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une affection médicale de façon appropriée.

Médicaments prescrits : médicaments dont la vente et l'utilisation sont légalement soumises à l'ordonnance d'un médecin. Les produits qu'il est possible d'acheter sans



ordonnance médicale ne sont pas inclus dans cette définition.

Organisme assureur : MGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A, dont le siège social est situé à Rua Duque de Palmela, 11, Piso 1, A 1250-097 Lisbonne, Portugal, avec un capital social de 7 500 000,00 € et enregistrée sous le numéro unique d'immatriculation et d'identification 517503131. MGEN Portugal est contrôlée par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões au Portugal, et est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour agir en France par voie de Libre Prestation de Services.

Orthodontie : utilisation de dispositifs pour corriger une malocclusion et assurer le bon fonctionnement et l'alignement des dents.

Pandémie : maladie contagieuse dont la propagation constitue une pandémie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou l'autorité sanitaire compétente du pays dans lequel vit l'Adhérent.

Pays de nationalité : est considéré comme pays de nationalité celui figurant sur le passeport de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit.

Pays d'expatriation : le pays, hors du Pays de nationalité, dans lequel l'Adhérent se trouve durant sa période d'expatriation.

Pays de résidence habituelle : pays de résidence de l'Adhérent avant son expatriation, ou son Pays de nationalité, différent du Pays d'expatriation.

Plafond de garanties : deux types de plafonds de garantie sont indiqués dans les tableaux des garanties en annexe :

- Le plafond global annuel de remboursement est le montant maximum que l'Organisme assureur paiera pour l'ensemble des garanties, par personne Adhérente et par année de couverture.
- Certaines garanties optionnelles (dentaire, maternité, optique, etc...) ont également un plafond propre, qui est appliqué par année d'assurance.

Prescription : période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable, c'est à dire dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Procréation Médicalement Assistée : les dépenses relatives au traitement à la Procréation Médicalement Assistée sont couvertes tant dans le cadre d'une Hospitalisation que dans le cadre de Soins ambulatoires, aux conditions suivantes :

- il doit s'agir d'une stérilité/infertilité primaire ;

- les dépenses par tentative sont soumises à un plafond indiqué en fonction du tableau de garanties
- les dépenses relatives au don de sperme ou d'ovules ne sont pas couvertes ;
- les dépenses dans le cadre du recours à une mère porteuse ne sont pas couvertes ;
- une autorisation préalable du médecin-conseil de l'Organisme assureur est requise dans tous les cas.

On entend par « infertilité primaire », l'impossibilité pour les deux partenaires engagés dans une relation de couple à long terme de concevoir dans les deux années alors qu'ils sont sexuellement actifs et n'ont recours à aucun moyen de contraception. Dans le cas de l'infertilité primaire, la femme n'est jamais tombée enceinte.

On entend par « infertilité secondaire », l'impossibilité pour un couple qui a déjà conçu de concevoir à nouveau après un (1) an de tentatives.

Aucun remboursement de frais de traitement de la stérilité n'est prévu, pour aucun des partenaires, une fois que l'Adhérent a dépassé l'âge de 43 ans.

Prothèse non dentaire : tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit. Ces prothèses sont les prothèses orthopédiques, médicales et auditives.

Prothèse dentaire : soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, inlays-cores, 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.

Psychiatrie : traitement des troubles nerveux ou mentaux dispensé par un psychiatre clinicien qualifié. Ces troubles doivent être associés à une souffrance réelle et actuelle ou à une gêne substantielle dans les activités majeures quotidiennes de l'Adhérent telles que ses études ou son activité professionnelle. La pathologie doit être cliniquement grave et présenter les caractéristiques listées dans une classification internationale, telle que Diagnostique des Troubles Mentaux (DSM-IV ou 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 trente (30) jours après l'Hospitalisation pour un Accident ou une Maladie.

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.

Soins à domicile : soins médicaux administrés par une infirmière diplômée d'État au domicile de l'Adhérent et conformément à la prescription d'un médecin,



immédiatement suite à une hospitalisation ou des soins ambulatoires ou pour les remplacer. Ces soins sont soumis à l'Accord préalable du Médecin Conseil.

Soins dentaires d'urgence : soins dentaires suite à une urgence ou un Accident, nécessitant des soins administrés dans les 48 heures. Sont considérés comme des soins dentaires d'urgence les traitements de :

- Pulpite dentaire (Rage de dent persistante)
- Abscess dentaire et ou œdème
- Dent cassée ou tombée
- Hémorragie dentaire
- Alvéolite (inflammation de l'alvéole dentaire)
- Parodontopathie aigue

Ne sont pas considérés comme soins d'urgence les bilans dentaires, les soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie et la dévitalisation. Ils ne concernent ni les implants dentaires, ni la parodontologie, ni l'orthodontie.

Soins médicaux courants, prévention et dépistage : frais exposés pour une maladie ou un accident, qui n'entrent pas dans le cadre d'une Hospitalisation.

Soins post natals : soins médicaux de routine post-partum dispensés à la mère et ce jusqu'à six semaines après l'accouchement.

Soins pré natals : examens et dépistages de suivi classiques nécessaires à la surveillance de la grossesse.

Souscripteur : Association Globe Partner, qui a souscrit le contrat n° MGENIB1200132SAN auprès de MGEN Portugal au bénéfice de ses membres. Cette association est enregistrée dans le Répertoire National des Associations et son siège social est situé au 153 rue de l'Université, 75007 Paris – France.

Sports extrêmes : Base jump, Speed riding, Raid aventure, Saut à l'élastique, Zorbing, Essais de matériel de saut.

Sports à risques : Aérostation, Alpinisme, Apnée, Arts martiaux (hors judo) et Sports de combat, Bobsleigh, Canyoning, Char à glace, Combiné nordique, Deltaplane, Escalade (hors support artificiel avec sécurité), Équitation hors dressage et promenade, Hockey sur glace, Jet ski, Kilométrage lancé, Kitesurf, Moto neige, Nage en eaux-vives, Parachute ascensionnel, Parachutisme, Parapente, Paraski, Plongée avec scaphandre autonome, Plongée souterraine, Plongeon, Polo, Rafting, Raids et expéditions, Ski artistique et acrobatique, Ski bob, Ski héliporté, Ski nautique, Skiathlon, Snow cross, Snow kite, Saut à ski, Spéléologie, Sport automobile, Sport motocyclisme, Trekking et randonnée pratiquée à une altitude supérieure à 3 500 mètres, ULM, Varappe, Voile dans le

cadre d'une navigation en mer à plus de 20 milles marin des côtes.

Subrogation : situation juridique par laquelle une personne se voit transférer les droits d'une autre personne (notamment : substitution de l'Organisme assureur à l'adhérent aux fins de poursuites contre la partie adverse).

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.

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

Traitement du cancer : traitement couvrant la chimiothérapie, la radiothérapie, l'oncologie, l'immunothérapie, les consultations et les médicaments. Sont couverts les médicaments prescrits pour prévenir la récurrence du cancer et les consultations spécialisées associées. Le traitement du cancer débute une fois le diagnostic posé pour son traitement. La fin du traitement du cancer se réfère à une rémission complète du cancer, qui n'a pas nécessité de traitement depuis trois ans ou plus pour les tumeurs liquidiennes telles que les lymphomes ou les leucémies, et depuis cinq ans ou plus pour les tumeurs solides.

Transport en ambulance : il s'agit d'un transport par ambulance à l'intérieur d'un même pays, entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et à destination de l'hôpital ou de l'établissement sous licence médicale le plus proche situé dans le même pays et le mieux adapté à la situation requise en cas d'urgence ou de nécessité médicale. Est également couvert si l'état du malade le nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement plus proche.

Urgence : terme utilisé en cas d'accident ou de commencement d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Adhérent ou de l'un de ses Ayants droit. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste ou une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre (24) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

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



Définitions spécifiques à la garantie assistance rapatriement

Acte de terrorisme ou de sabotage, attentat : toute action clandestine, ayant une motivation idéologique et/ou politique, mise en œuvre à titre individuel ou collectif, dirigée contre des personnes ou des entités publiques ou privées afin :

- De mener une action criminelle destinée à nuire à la vie d'autrui ;
- D'impressionner la population et d'instituer une atmosphère d'insécurité générale ;
- De désorganiser le fonctionnement des transports publics ou de troubler le fonctionnement des entreprises ou des institutions fabriquant ou transformant des biens ou fournissant des services.

Agression : toute atteinte corporelle subie involontairement par l'Adhérent, provenant d'une action volontaire, soudaine et brutale d'une autre personne ou d'un groupe de personnes.

Consolidation : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un Accident ou souffrant d'une Maladie.

Équipe médicale : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur de l'Assisteur.

Membre de la famille : père, mère, sœur, frère, enfant, grands-parents ou tuteur légal domiciliés dans le Pays de nationalité.

Membres de la famille proche : les enfants, le père, la mère, les frères, les sœurs, et les petit-enfants.

- Dans la limite des coûts raisonnables et habituels.

Les soins doivent être reconnus par les autorités médicales locales et prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément (en règle vis à vis des dispositions législatives, réglementaires ou autres concernant l'exercice de la profession dans le pays concerné) et doivent être reconnus par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Franchises

Lors de la souscription, l'Adhérent a le choix entre plusieurs niveaux de franchise. Cette franchise s'applique par année de couverture, par assuré et ce pour la globalité des modules choisis par l'Adhérent lors de la souscription, à l'exception des garanties « Assistance Plus ».

Pour rappel, plusieurs niveaux de franchise possibles : Pas de franchise, 500 €, 1 000 €, 5 000 €, 10 000 €

Si l'Adhérent a opté pour une franchise annuelle, toute dépense engagée jusqu'au montant de la franchise sélectionnée sera à sa charge. Afin de pouvoir calculer le montant de la franchise déjà consommée, l'Adhérent doit systématiquement transmettre les factures de tous les frais de santé engagés. Dans le calcul du montant de la franchise consommée, les plafonds indiqués dans le tableau de garanties pour le type d'acte engagé seront pris en compte, en fonction de la formule choisie par l'Adhérent. Si le type d'acte engagé est exclu de la couverture du contrat, les dépenses correspondantes ne seront pas prises en compte dans le calcul de la franchise.

Délais de carence

La prise en charge de certains frais entre en vigueur pour chaque bénéficiaire, à compter de la date d'effet de leur affiliation et après l'expiration des délais suivants :

- Soins dentaires et hospitalisation psychiatrique : 3 mois.
- Prothèses dentaires - verres montures et lentilles prescrites - traitement au laser des corrections visuelles (y compris les traitements chirurgicaux afférents) : 6 mois.
- Orthodontie : 9 mois.
- Maternité : 12 mois.
- Procréation médicalement assistée : 18 mois.

Toutefois, les frais consécutifs à un Accident sont remboursables immédiatement. De même, les délais d'attente ne sont pas applicables pour les Adhérents qui bénéficiaient d'une couverture équivalente auprès d'un autre Organisme assureur, avant souscription du contrat ACS Expat (dans un délai de 2 mois maximum).

III. Garanties Frais de santé

Nature des garanties

La couverture consiste à rembourser les frais médicaux engagés par l'Adhérent et ses éventuels Ayants droit, en complément de la CFE, et :

- Dans la limite du choix effectué par l'Adhérent pour personnaliser sa couverture.
- Dans la limite des plafonds listés dans le Tableau des garanties,
- Dans la limite de la différence entre les frais engagés et les prestations correspondantes reçues de tout organisme auquel le bénéficiaire peut être affilié (régime de Sécurité Sociale, programme gouvernemental, autre assurance médicale privée, etc.),



Si, en cours de contrat, l'Adhérent demande à bénéficier d'une couverture supérieure à celle qu'il avait choisie, les délais de carence s'appliquent sur les augmentations de garanties.

Modification de la couverture

L'Adhérent peut modifier son choix de couverture. Dans ce cas, la date d'effet du changement de couverture ne sera possible qu'à la date de renouvellement de l'adhésion.

Si l'Adhérent opte pour un choix de couverture supérieur, l'accord du médecin conseil sera nécessaire et les délais de carence éventuels seront appliqués. Le retour à une couverture inférieure à celle choisie précédemment donnera lieu à un délai de deux ans durant lequel l'Adhérent ne pourra pas opter pour des garanties supérieures.

Si l'Adhérent opte pour un élargissement de zone géographique de couverture sans changer de pays d'expatriation, l'Adhérent devra remplir un nouveau questionnaire de santé et les délais de carence éventuels seront appliqués.

Tout changement de couverture, une fois accepté par l'Organisme assureur, donne lieu à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

En ce qui concerne les adhésions groupées (l'Adhérent et ses Ayants droit), le choix de la couverture doit être identique pour chaque personne Adhérente, à l'exception du module optionnel Maternité qui ne peut être choisi que par des bénéficiaires « adultes » de sexe féminin, à l'exclusion des enfants.

Tout changement de franchise ne peut intervenir qu'une seule fois durant la vie du contrat à la date de renouvellement de l'adhésion. En cas de baisse ou de suppression de la franchise, un nouveau questionnaire médical pourrait être demandé.

Limitation des remboursements aux frais réels

Conformément à l'Article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date

d'adhésion. Dans cette limite, l'Adhérent peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s). Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Adhérent est déterminée par l'Organisme assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

En cas de prestations versées indûment, le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, à l'Organisme assureur, les prestations trop perçues. Ainsi, l'Organisme assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Organisme assureur à l'Adhérent.

Coûts raisonnables et habituels

Le coût « raisonnable et habituel » est le montant le plus bas entre le coût demandé par le prestataire et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des prestataires de niveau professionnel identique. Le coût « raisonnable et habituel » d'un service varie suivant le type de traitement, la qualité du service et de l'équipement, le lieu et le pays où les soins sont reçus. L'Organisme assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'Hospitalisation, à ce qui prévaut généralement dans la région où le patient est traité.

Le caractère déraisonnable et inhabituel des frais engagés peut entraîner un refus de prise en charge ou une limitation du montant du remboursement.

Si l'un des Ayants droit de l'Adhérent est couvert par un régime de Sécurité Sociale français ou équivalent, les prestations le concernant seront déduites des prestations reçues de la part de cet organisme.

En cas d'hospitalisation, sont garantis les frais raisonnables et habituels portant sur :

- L'hospitalisation médicale en établissement public ou privé.
- L'hospitalisation et l'intervention chirurgicale. Les actes dispensés sous anesthésie générale ou concernant la chirurgie des traumatismes et les actes de chirurgie effectués sous anesthésie locale sont réputés actes de chirurgie.
- Les frais médicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation.
- Le transport local d'urgence du malade par ambulance.

Le transport local d'urgence du malade par ambulance est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'hospitalisation entre le domicile 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.

Risques et prestations exclus de la garantie Frais médicaux

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat les frais non reconnus par l'Organisation Mondiale de la Santé selon la classification internationale des soins de santé «International Classification of Health Interventions (ICHI)»

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur s'ils résultent des faits suivants :

1. Une maladie ou un accident qui sont le fait volontaire de la personne couverte, ou résultent de mutilations volontaires,
2. Les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire, sauf si la personne couverte ne prend pas une part active à l'évènement ou si elle est appelée à effectuer une mission de maintenance ou de surveillance afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens,
3. Tout acte intentionnel pouvant entraîner la garantie du contrat et toute conséquence d'une procédure pénale dont l'adhérent fait l'objet,
4. Un sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
5. L'inobservation par l'adhérent d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive,
6. Les conséquences des compétitions sportives professionnelles et semi-professionnelles,
7. Les conséquences d'un accident lors de la pratique d'un sport extrême ou d'un sport à risque tels que définis dans la section « Définitions »,
8. Toutes les circoncisions non médicalement justifiées.

Ne sont pas pris en charge par le contrat, sauf prestations indiquées au tableau des garanties du contrat comme étant prises en charge :

9. Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, sauf stipulés au Tableau des Garanties,
10. Toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la date d'effet du contrat ou pendant les délais d'attente le cas échéant,

11. Toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée,
12. Les actes soumis à « Accord préalable » pour lesquels l'accord n'aurait pas été demandé ou a été refuse,
13. Les traitements en dehors de la zone géographique couverte,
14. 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'Organisme assureur,
15. Les frais annexes ou de confort en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision...),
16. Les frais d'accouchement par césarienne, sauf si cette dernière est médicalement nécessaire,
17. Les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe,
18. Toute opération ou traitement liés au changement de sexe,
19. Les traitements esthétiques, cures de rajeunissement, cures d'amaigrissement,
20. Les vérifications et les études liées aux dysfonctionnements sexuels (y compris les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection), la stérilisation, la contraception,
21. Les hormones de croissance,
22. Les soins, les actes et les traitements médicaux non conformes à la législation locale et dans le respect de la législation locale,
23. Toute chirurgie ou traitements électifs/volontaires et/ou chirurgie plastique/esthétique,
24. Les cures thermales,
25. Les frais médicaux liés à un séjour en centre de thalassothérapie et centre de remise en forme, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement et d'engraissement,
26. Le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance,
27. Les centres hospitaliers et structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes, les hospitalisations en longs séjours, les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires,
28. Les frais médicaux liés à un séjour en maison de repos et maison de convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale lourde,
29. Les frais de transport autres qu'en ambulance terrestre jusqu'au centre de soins approprié le plus proche,
30. Les traitements de psychothérapie, de psychanalyse et les traitements ambulatoires (consultations, médicaments, tests de diagnostic et analyses) relatifs aux :



31. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues, d'alcool et d'autres substances psychoactives ;

- a. Troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie, somnambulisme), troubles du rythme veille-sommeil,
- b. Les consultations, traitements et complications liés à la perte de cheveux, à moins que cette perte soit causée par une maladie grave,

32. Les frais ayant pour but de remédier à toutes anomalies ou malformations congénitales, sauf pour les enfants nés après la date d'entrée en vigueur des garanties,

33. Les médicaments sans ordonnance (à l'exception du forfait de « Frais d'automédication » prévu en « Soins médicaux courants, prévention et dépistage » si cette garantie optionnelle), les soins cosmétiques et les produits non médicamenteux d'usage courant ou d'hygiène tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires et/ou hydratantes, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampooings, les vitamines et minéraux, les compléments alimentaires, les produits diététiques, les aliments pour bébé, les thermomètres et tensiomètres...

34. Toute dépense engagée par l'adhérent non prise en charge par la CFE.

Contrôle et arbitrage médical

Les médecins et représentants accrédités par l'Organisme assureur doivent avoir accès au dossier médical de l'Adhérent afin de pouvoir constater son état. L'Adhérent doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par l'Organisme assureur.

En cas d'accident, l'Adhérent est tenu de transmettre à l'Organisme assureur, un compte rendu officiel détaillant les circonstances de son accident.

Les décisions de l'Organisme assureur prises en fonction des conclusions du médecin conseil sont notifiées à l'Adhérent par courrier recommandé ; il peut en contester le bien-fondé dans les dix jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée à l'Organisme assureur par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'Adhérent, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'Adhérent et le médecin délégué par l'Organisme assureur.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent un médecin

arbitre pour les départager. Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin et, par moitié, ceux du médecin arbitre.

IV. Formalités pour la prise en charge des frais médicaux et d'hospitalisation

La Caisse des Français de l'Etranger (CFE) rembourse selon la base de la Sécurité sociale française. PROTEGAT Cover complète le remboursement selon votre contrat. Utilisez votre carte Vitale chez les professionnels de santé pour bénéficier du tiers payant et d'un remboursement plus rapide.

Pour toute **hospitalisation**, il convient de demander à l'établissement de contacter la CFE pour une prise en charge directe et bénéficier du tiers payant.

Pas de carte Vitale ? Le professionnel de santé remplira une feuille de soins Cerfa, que vous devrez soumettre depuis votre compte CFE (rubrique Mes remboursements).

➔ Soins à l'étranger

La CFE rembourse sur la base de ses barèmes de remboursement. PROTEGAT Cover ajuste le complément pour vous couvrir dans la limite prévue par votre contrat.

Soumettez vos demandes de remboursement via votre **espace personnel CFE**, rubrique « **Mes remboursements** ».

PROTEGAT Cover se charge de récupérer les informations auprès de la CFE, pour effectuer le complément si nécessaire. Vous ne recevrez qu'un seul décompte.

➤ Pour toute **hospitalisation**

Une **demande de prise en charge** doit être effectuée auprès de PROTEGAT Cover pour éviter l'avance de frais.

En dehors des heures d'ouverture de PROTEGAT Cover, et en cas d'urgence, vous serez automatiquement redirigés vers VVV IA, votre prestataire d'Assistance, qui se chargera de placer la prise en charge auprès de l'établissement hospitalier.



Comment joindre PROTEGAT Cover ?

PROTEGAT Cover

+34 936 282 937

✉ gestion@protegatcover.com

Toute question administrative (non urgente) sera répondue pendant les heures d'ouverture de PROTEGAT Cover :
lundi - vendredi,
9h00 - 18h00 heure de Barcelone, CET / CEST

Conservation des documents

Il est précisé que l'Assureur se réserve le droit de **réclamer les originaux pendant 24 mois suivant la date de remboursement**, en cas d'audit, de contrôle ou de prévention de la fraude.

En cas d'impossibilité pour l'assuré de fournir les originaux, à la demande de l'Assureur, le bénéficiaire de la garantie s'engage à lui reverser, dans les meilleurs délais, les prestations perçues sur la base des documents numérisés. Ainsi, l'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

Accord préalable

Pour toute hospitalisation (y compris pour l'accouchement), un accord préalable de l'Organisme assureur est requis, sauf en cas d'Urgence.

Les actes médicaux soumis à accord préalable (à moins qu'il y ait eu urgence caractérisée) sont énumérés ci-après et figurent dans le tableau de garanties en annexe:

- Frais liés à une hospitalisation programmée ;
- Imagerie par résonance magnétique (IRM) ;
- Tous les actes en série (tels que kinésithérapie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie) ;
- Orthophonie et orthoptie prescrites ;
- Prothèses médicales prescrites ;
- Prothèses dentaires, y compris inlays, onlays, implants ;
- Orthodontie ;
- Frais de traitements chirurgicaux et traitement au laser des corrections visuelles ;
- Diagnostic des anomalies chromosomiques.

Une demande d'accord préalable se compose d'un rapport médical et d'un devis détaillé se rapportant aux soins pour lesquels la demande d'Accord préalable a été formulée. Tout manquement à cette obligation pourrait entraîner un refus de prise en charge.

Concernant l'hospitalisation, chaque admission à l'Hôpital doit être notifiée à l'assureur au moins sept (7) jours avant l'admission réelle et dans un délai de 48 heures pour les Hospitalisations qui suivent une Urgence.

L'assureur se réserve le droit de ne pas rembourser de dépenses qui n'ont pas été notifiées par avance comme le demande le contrat. Si, après cela, un traitement devient médicalement nécessaire, l'assureur ne rembourse que 80 % du montant indiqué pour les prestations en cas d'Hospitalisation et 50 % pour les autres prestations.

Dans le cadre de l'analyse d'un dossier, l'expert médical de l'Organisme assureur peut être amené à demander toute information et pièce justificative nécessaire pour traiter le sinistre. Si les documents fournis s'avèrent incomplets ou soulèvent un doute, l'expert médical de l'Organisme assureur est habilité à demander des données aux organisations et personnes suivantes dans le cadre du respect de l'Article relatif aux Données personnelles :

- Médecins,
- Hôpitaux,
- Autres institutions médicales,
- Maisons de soins,
- Personnel soignant,
- Autres assureurs,
- Les organismes d'assurance maladie de base,
- Les organisations d'assurance professionnelle, et
- Organismes officiels

Dans l'hypothèse où les assurés, y compris les Ayants droit et/ou bénéficiaires, tels que définis dans la présente notice, rejettent explicitement la collecte de leurs données personnelles dans le cadre du traitement des sinistres ou révoquent leur consentement, l'Organisme assureur ne pourra être tenu responsable du non-paiement des prestations.

V. Garanties Evacuation médicale ou sanitaire et Assistance Plus

Il est impératif d'avoir l'accord préalable de l'Assisteur pour bénéficier de la garantie « Evacuation médicale ou sanitaire » et des garanties « Assistance Plus ».

L'organisation par l'Adhérent de l'un des cas d'assistance mentionnés dans la présente notice ne peut donner lieu à un remboursement que si l'Assisteur a été prévenu de cette procédure, a donné son accord exprès et a communiqué un numéro de dossier.



Dans ce cas, les frais sont remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par l'Assisteur, s'il avait lui-même organisé le service.

L'Adhérent doit déclarer le Sinistre par écrit à l'Assisteur dans les 5 jours ouvrés qui suivent les dommages. Passé ce délai, l'Organisme assureur se réserve le droit d'appliquer la déchéance des garanties. Une liste de pièces justificatives sera demandée à l'Adhérent.

Garantie évacuation rapatriement

(incluse dans la garantie Santé)

La couverture Santé inclut automatiquement une prestation **d'Evacuation Rapatriement**, telle que décrite ci-dessous.

Evacuation rapatriement

Si vous êtes malade ou blessé à la suite d'un événement garanti (y compris suite à une Epidémie ou Pandémie) et que votre état de santé nécessite un transfert, et si les infrastructures médicales locales ne disposent pas des capacités pour dispenser les soins appropriés, nous organisons et prenons en charge votre transfert :

- soit vers le centre hospitalier compétent le plus proche,
- soit vers le centre hospitalier compétent le plus proche de votre domicile dans votre pays de résidence habituelle,
- soit nous organisons et prenons en charge votre rapatriement jusqu'à votre domicile dans votre pays de résidence habituelle.

Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué sous surveillance médicale, si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants :

- avion sanitaire spécial
- avion de ligne régulière, train, ambulance.

Un billet retour vers votre lieu d'expatriation sera également pris en charge.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation.

La décision de rapatriement est prise par le Médecin conseil de l'Assisteur, après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

Dans tous les cas, la décision d'assistance et le choix des moyens appropriés appartiennent exclusivement au Médecin conseil de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille de l'Adhérent. Seuls l'intérêt médical de l'Adhérent et le

respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision du transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

Pour toute demande **d'assistance et avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense**, il convient de contacter, **24h/24 et 7j/7**, afin que la prestation soit organisée dans les meilleures conditions possibles :

VYV International Assistance

☎ : **+33 5 86 85 01 12**

✉ **authorization@vyv-ia.com**

Lorsque le transport ou le rapatriement est organisé, vous devez impérativement nous restituer les titres de transport initiaux, ceux-ci devenant la propriété de VYV IA.

En aucun cas, VYV IA ne se substitue aux organismes locaux de secours d'urgence.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

Garantie assistance Plus

(garantie optionnelle)

L'option complémentaire « **Assistance Plus** » (si souscrite) inclut les couvertures décrites ci-dessous.

Si souscrite, cette option doit l'être pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

Prise en charge des frais d'hôtel pré et/ou post hospitalisation pour l'Adhérent

Si à la suite d'une évacuation sanitaire : votre état de santé ne nécessite pas une hospitalisation immédiate ou ne nécessite plus d'hospitalisation, en accord avec nos médecins, nous prenons en charge les frais éventuels d'hébergement dans un hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement), sur présentation des justificatifs et dans la limite du montant figurant au tableau des garanties. Ces frais sont indemnisés à hauteur de 80 € par nuit et par personne, dans la limite de 10 nuits maximum.

Présence d'un proche en cas d'hospitalisation de l'Adhérent

Si l'état de santé l'Adhérent ne permet pas ou ne nécessite pas le rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à six (6) jours consécutifs, l'Assisteur met à la disposition d'un Membre de la famille un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train pour se rendre sur place. Cette prestation n'est



acquise qu'en l'absence, sur place, d'un Membre de la famille majeur. L'Assisteur organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) pendant 10 nuits maximum à raison de 80 € par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

Garde des enfants à charge de moins de 16 ans

En cas d'évacuation sanitaire par suite d'un évènement couvert et si les Enfants à Charge ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par un membre de la famille, l'Organisme assureur prend en charge :

- la garde des Enfants à Charge au domicile de l'Adhérent dans la limite de 20 heures maximum ;
- la prise en charge est limitée à 500 € pour l'ensemble de la prestation.

Rapatriement des membres de la famille assurés, par suite du décès ou rapatriement d'un des bénéficiaires

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, l'Organisme assureur prend en charge les frais de transport pour les membres de la famille, conjoint et enfant(s), vivant avec l'Adhérent. Cette couverture inclut un aller simple en avion classe économique ou en train 1ère classe.

En cas de rapatriement de l'un des bénéficiaires, l'Assureur prend en charge les frais de transport d'un membre de la famille, conjoint ou enfant(s), vivant avec l'Adhérent. Cette couverture inclut un aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

Afin de bénéficier de cette garantie, les autres bénéficiaires doivent également être couverts par le contrat.

Rapatriement en cas d'Acte de Terrorisme ou de Sabotage, d'Attentat ou d'Agression, Troubles politiques ou Catastrophe naturelle

Si l'Adhérent est victime d'un Acte de terrorisme ou de sabotage, d'un Attentat ou d'une Agression, ayant entraîné des Dommages Corporels ou un état de choc, l'Assisteur organise le rapatriement de l'Adhérent vers son Pays de nationalité (ou le Pays d'origine si différent). Le rapatriement, ainsi que les moyens les mieux adaptés, sont décidés et choisis par l'Assisteur. L'Adhérent qui serait surpris par la survenance de tels événements dans son pays d'expatriation est invité à quitter le lieu des hostilités dès que possible.

Si l'Adhérent, sur les conseils des autorités locales ou de celles de son Pays de nationalité, en raison d'évènements rendant le régime politique instable ou en raison de catastrophes naturelles (tels qu'un tremblement de terre, une inondation), est obligé de quitter son lieu d'expatriation, il transmet à l'Assisteur, à son retour dans son Pays de nationalité, tous les justificatifs lui

permettant de se faire rembourser le coût du retour jusqu'à concurrence du prix d'un billet d'avion aller simple (classe économique) ou de train (1ère classe). L'Adhérent devra apporter la preuve que, pour donner suite à des évènements rendant le régime politique instable ou par suite d'un évènement de catastrophes naturelles, le Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères français classe la zone dans laquelle il est domicilié en zone rouge "formellement déconseillée". Cette garantie ne peut pas être prise en charge dans les Pays non éligibles à l'expatriation, tel que ces pays sont listés dans la partie « Champ d'application territoriale des garanties ».

Retour anticipé en cas de décès ou d'hospitalisation d'un membre de la famille proche

En cas de décès ou d'Hospitalisation supérieure à cinq (5) jours d'un membre de la famille proche de l'Adhérent, l'Assisteur met à sa disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe vers le Pays de nationalité. La prestation est limitée à -un aller-retour par Adhérent et par année d'assurance. Le voyage aller doit obligatoirement se faire dans les huit (8) jours suivant la date de décès ou de l'hospitalisation.

Cette prestation est acquise lorsque la date du décès ou de l'hospitalisation est postérieure à la date de départ dans le pays d'expatriation. L'Assisteur se réserve le droit de vérifier la réalité de l'évènement garanti (bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...), préalablement à toute intervention de ses services.

Transport de corps (en cas de décès)

En cas de décès, l'Assisteur organise et prend en charge le transport du corps de l'Adhérent ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans le Pays de nationalité (ou dans le Pays d'origine si différent).

Frais funéraires nécessaires au transport

En cas décès, l'Assisteur prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. Les frais de cercueil liés au transport organisé par l'Assisteur sont pris en charge à concurrence de 2 000 € maximum. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de l'Assisteur.

Frais d'inhumation dans le pays d'expatriation

En cas de décès, et dans le cas où la famille de l'Adhérent souhaite inhumer le défunt dans le pays d'expatriation,



L'Assureur prend en charge les frais d'inhumation sur place jusqu'à 1 000 €.

Frais de recherche et de secours

La garantie a pour objet le remboursement des frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, sur un domaine privé ou public, d'équipes spécialisées dotées de tous moyens y compris l'usage d'un hélicoptère, afin de localiser et d'évacuer l'Adhérent jusqu'au centre d'accueil adapté le plus proche, à hauteur de 5 000 € par Adhérent et 15 000 € par période de couverture.

Dans tous les cas, l'Adhérent est tenu de présenter les factures et justificatifs des organismes officiels étant intervenus. L'Adhérent (ou toute personne agissant en son nom) doit aviser l'Assisteuse dans les 48 heures suivant l'intervention des équipes de recherche et/ou de secours.

Soutien psychologique par suite d'un évènement garanti

L'Assisteuse met à la disposition de l'Adhérent un accompagnement psychologique. Le psychologue clinicien apporte aux Adhérents, dans la plus parfaite confidentialité, un soutien médico-psychologique qui leur permettra de se confier par suite d'un évènement garanti par le contrat sous les garanties « Assistance Plus ».

L'accompagnement proposé est limité à trois (3) entretiens téléphoniques au plus par année d'assurance. En fonction de la situation et de l'attente du bénéficiaire, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer, près de son domicile, un psychologue diplômé d'État. Le choix du praticien appartient à l'Adhérent et les frais de consultation restent à sa charge.

Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place

Si l'Adhérent a besoin de médicaments introuvables sur place, sous réserve d'une prescription du médecin traitant local de l'Adhérent correspondant à la date de la demande, l'Assisteuse prend en charge l'envoi de médicaments introuvables sur place, indispensables à un traitement curatif en cours, à condition qu'aucun médicament équivalent ne puisse être prescrit à l'Adhérent sur place et que les règlements sanitaires ou douaniers nationaux ou internationaux ne s'opposent pas à une telle expédition.

L'Assisteuse fait parvenir à l'Adhérent ces produits dans les meilleurs délais. L'Assisteuse ne peut être tenue pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.

Cette prestation est acquise pour les demandes ponctuelles. En aucun cas, elle ne peut être accordée dans le cadre de traitements de longue durée qui nécessiteraient des envois réguliers ou d'une demande de vaccin. Le coût des médicaments est à la charge de l'Adhérent, sauf s'ils sont couverts sous la garantie Frais de santé dont il bénéficie. L'Adhérent s'engage à en rembourser le montant majoré des frais éventuels de dédouanement, dans un délai maximum de 30 jours calculé à partir de la date d'expédition.

Assistance juridique à l'étranger (sauf dans le pays de nationalité)

À la suite d'une infraction involontaire aux lois et règlements en vigueur commise dans son Pays d'expatriation, et pour tout acte non qualifié de crime, l'Assisteuse intervient, sur demande écrite, si une action est engagée contre l'Adhérent. Cette garantie ne s'applique pas pour les faits en relation avec son activité professionnelle. L'Assisteuse prend en charge les frais d'avocat sur place à concurrence de 3 000 € maximum par évènement.

Avance de caution pénale à l'étranger (sauf dans le pays de nationalité)

En cas de déplacement à l'Etranger, et dans les pays couverts dans la zone de couverture choisie par l'Adhérent, l'Assisteuse procède à l'avance de la caution pénale exigée par les autorités pour la libération de l'Adhérent ou pour lui permettre d'éviter son incarcération. Cette avance est limitée à hauteur de 12 000 € maximum par évènement.

L'Adhérent est tenu de rédiger une reconnaissance de dettes envers l'Organisme assureur d'un montant équivalent à l'avance de caution pénale exigée par les autorités.

L'Adhérent est tenu de rembourser cette avance à l'Assisteuse :

- Dès restitution de la caution en cas de non-lieu ou d'acquiescement ;
- Dans les 15 jours de la décision judiciaire devenue exécutoire en cas de condamnation ;
- Dans tous les cas, dans un délai de 3 mois à compter de la date de versement.

Risques et prestations exclus des garanties d'Assistance

Ne sont pas garantis au titre de la garantie Evacuation médicale et sanitaire et Assistance Plus les frais résultants des faits ou évènements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit, et ne pourront donner lieu à l'intervention de l'Assisteuse) :



1. Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place ;
2. Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
3. Les maladies préexistantes antérieurement constituées avant la date de début de la couverture et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
4. Les états de grossesse, les accouchements et leurs suites concernant les nouveau-nés ;
5. Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
6. Les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessitant ou imposant par un déplacement ou un voyage ;
7. Les maladies ou malformations congénitales ;
8. Les conséquences de la participation à un pari, un défi, un duel ou un crime ;
9. Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique des activités sportives ;
10. Les frais de séjour sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance ;
11. Les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;
12. Les frais non justifiés par des documents originaux ;
13. Tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Ne sont pas pris en charge :

1. Les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
2. Les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'assuré.

Sont exclus de la garantie Frais de recherche et de secours :

1. Les frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité pratiquée par l'assuré ;
2. Les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport semi-professionnel ou professionnel, la participation à une expédition ou une compétition, sauf stipulation contraire expresse.

Sont exclus de la garantie Avance de caution pénale à l'étranger et assistance juridique à l'étranger :

1. Aucune assistance juridique ne sera fournie pour des litiges dont l'origine ou les faits à l'origine du litige sont antérieurs à la date de début de la couverture.

2. Les litiges liés aux activités commerciales de l'assuré sont exclus de la couverture d'assistance juridique.
3. Aucune assistance juridique ne sera fournie si un conflit d'intérêts est constaté entre l'assuré et la partie adverse.

VI. Risques exclus relatifs à toutes les garanties

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Organisme assureur s'ils résultent des faits suivants :

1. Des conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
2. Des faits intentionnels de l'adhérent ou de l'assuré, et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'assuré ;
3. De la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense). L'Adhérent qui serait surpris par la survenance de tels événements est tenu de quitter le lieu des hostilités dès que possible. Les garanties lui restent acquises sur place pendant un maximum de quatorze (14) jours à compter du jour de la survenance des hostilités et ce jusqu'à son retour dans son pays de nationalité ou de résidence habituelle avant son expatriation ;
4. De la participation volontaire de l'adhérent à des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements ;
5. Du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie ;
6. De l'usage de drogues ou de stupéfiants ;
7. De l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'assuré (taux d'alcool supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du sinistre dans le pays de survenance) ;
8. Des accidents de circulation en véhicule à deux roues si l'assuré ne portait pas de casque ;
9. Des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
10. Des accidents ou des maladies préexistantes antérieurs à la date d'effet du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales. Cette exclusion ne



s'applique pas aux accidents et maladies préexistantes à la date d'effet déclarées lors de la souscription et qui ont été acceptés par l'Organisme assureur ;

11. De l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière ;
12. De la pratique de la chasse ;
13. Des accidents de navigation aérienne sauf si l'assuré à la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
14. De la participation à toutes compétitions sportives et entraînements à ces compétitions, ainsi que de toute pratique de sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
15. De la participation à des cursus et programmes d'études sportifs ;
16. De la pratique de sport à titre semi-professionnel ou professionnel.

L'Organisme assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance (ou de réassurance), ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des États-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

VII. Bases du contrat

Ce contrat est régi par le Code des assurances. La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date d'effet du contrat d'assurance, objet de la notice.

Subrogation

L'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par lui, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers responsables du sinistre.

Dans le cas où la subrogation ne pourrait plus, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Organisme assureur, ce dernier sera alors déchargé de ses obligations à l'égard de l'Assuré dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Organisme assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Organisme assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription énoncées aux



articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte en exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit contre celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

Lutte anti-blanchiment

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou justificatifs. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Tribunaux compétents / Loi applicable

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la loi française et principalement le Code des assurances.

Toute action judiciaire relative à la couverture sera de la seule compétence des tribunaux français.

Toutefois si vous êtes domicilié dans la Principauté de Monaco, les tribunaux monégasques seront compétents en cas de litige entre vous et nous.

La langue utilisée dans le cadre des relations précontractuelles et contractuelles est la langue française.

Faculté de renonciation

Si vous êtes déjà assuré pour le même risque :

Vous êtes invité à vérifier que vous n'êtes pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques

garantis par le nouveau contrat. Si tel est le cas, vous bénéficiez d'un droit de renonciation à ce contrat pendant un délai de 14 jours (calendaires) à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- vous avez souscrit ce contrat à des fins non professionnelles ;
- ce contrat vient en complément de l'achat d'un service vendu par un fournisseur ;
- vous justifiez que vous êtes déjà couvert pour l'un des risques garantis par ce nouveau contrat ;
- le contrat auquel vous souhaitez renoncer n'est pas intégralement exécuté ;
- vous n'avez déclaré aucun sinistre garanti par ce contrat.

Dans cette situation, vous pouvez exercer votre droit à renoncer à ce contrat par lettre ou tout autre support durable adressé à ACS, 153 rue de l'Université, 75007 Paris, FRANCE, accompagné d'un document justifiant que vous bénéficiez déjà d'une garantie pour l'un des risques garantis par le nouveau contrat. Nous sommes tenus de vous rembourser la cotisation payée, dans un délai de 30 jours à compter de votre renonciation.

« Je vous notifie..... (indiquer votre nom(s), prénom(s) et adresse) de ma renonciation à mon adhésion au contrat N° XXXXX auquel j'ai adhéré le (reporter la date d'adhésion) et demande le remboursement du paiement de la cotisation d'un montant de (indiquer le montant et la devise) que j'ai effectué, déduction faite de la partie de cotisation correspondant à la période garantie.

Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées en dehors de la période de garantie. »

Paiement des cotisations

Les cotisations sont dues par l'Adhérent et sont payables en Euro et d'avance à ACS. En cas de résiliation, le montant de la cotisation est calculé *pro rata temporis* pour la période comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'effet de la résiliation.

La périodicité de paiement est au choix de l'Adhérent : mensuel (SEPA et carte bancaire uniquement), trimestriel, semestriel et annuel.

Les modes de règlement possibles sont le virement bancaire, la carte bancaire, ou le prélèvement SEPA.

Dans le cas du virement bancaire, les frais bancaires sont à la charge exclusive du payeur.

Les éventuels frais de change sont aussi à la charge du payeur.

Le choix de la périodicité et du mode de règlement des cotisations se fait au moment de la souscription. Dès lors,



tout changement n'est possible qu'à la date anniversaire du contrat.

En cas de non-paiement des cotisations ou d'un paiement partiel des cotisations, une lettre de mise en demeure est adressée en recommandé à l'Adhérent, au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente (30) jours, les garanties sont suspendues suivant l'envoi de la lettre recommandée. En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours suivant l'expiration du délai de trente (30) jours, les garanties sont résiliées. Le non-paiement des cotisations entraîne, sans nouvel avis sa résiliation de l'adhésion.

Dès lors que le retard du paiement des cotisations a pour conséquence l'envoi d'une lettre de mise en demeure, une pénalité de 40€ sera facturée à l'Adhérent.

En tout état de cause, ni la suspension, ni la résiliation de votre contrat ne sont libératoires de votre dette et les sommes restant dues pourront faire l'objet de poursuites.

Révision des cotisations

Les montants de cotisations pourront être revus à la date anniversaire de votre contrat en fonction des résultats techniques de la police d'assurance et de l'évolution démographique.

Lorsqu'une nouvelle tarification est établie par l'Organisme assureur, ACS est tenu d'en informer les Adhérents au moins deux (2) mois avant l'entrée en vigueur des nouveaux montants de cotisations. En cas de désaccord sur les nouveaux montants de cotisations, l'Adhérent pourra demander la résiliation de son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la notification, selon les modalités prévues à l'article L. 113-14 du Code des assurances. La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation par le Souscripteur.

L'Organisme assureur percevra le prorata de cotisation dû jusqu'à la date de résiliation, calculé sur la base des montants de cotisations précédemment en vigueur, si ce prorata n'a pas encore été réglé par l'Adhérent

Dans le cas contraire, les montants de cotisations seront calculés automatiquement selon les nouvelles bases notifiées.

VIII. Protection des données personnelles

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, les données à caractère personnel de l'Adhérent pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les assurés sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Organisme assureur et son Délégué de gestion ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants, prestataires ou partenaires. L'Organisme assureur est tenu de s'assurer que ces données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Ces données personnelles pourront faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Les assurés et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès.

Ils peuvent exercer ces droits en contactant :

ACS,
A l'attention du Data Protection Officer
153 rue de l'Université
75007 Paris
France
dpo@acs-ami.com



Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils disposent d'un droit de saisir la CNIL sur www.cnil.fr ou à 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 7, France.

IX. Médiation

Quelles sont les modalités d'examen des réclamations ?

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, la société ACS est en mesure d'étudier toutes vos demandes et réclamations. Vous pouvez adresser vos réclamations à notre service dédié au traitement des réclamations, dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessous :

ACS, Service Réclamations
153 rue de l'Université, 75007 PARIS, France
recla@acs-ami.com

ACS s'engage, à compter de la date d'envoi de votre réclamation écrite, à accuser réception de votre réclamation dans un délai de 10 jours et à vous apporter une réponse dans un délai maximum de 2 mois.

En tout état de cause, passé ce délai de deux mois, et quelle que soit la réponse qui vous aura été apportée ou bien en l'absence de réponse, vous pouvez faire appel : au Médiateur de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes :

Le Médiateur de l'Assurance (LMA)
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09 France
www.mediation-assurance.org

X. Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et du Courtier

L'organisme de contrôle de l'Assureur est l'**Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões** situé Av. da República 76, 1600-205 Lisboa, Portugal.

L'organisme de contrôle d'ACS est l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** situé 4 Place de Budapest, 75009, France.

XI. Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Toutefois, le démarchage téléphonique pour vous proposer de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels vous avez au moins un contrat en cours. Ces dispositions sont applicables à tout consommateur, c'est-à-dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

XII. Numéros d'urgence

Pour toute demande **de prise en charge hospitalière** contactez, :

PROTEGAT Cover
☎ +34 936 282 937

✉ gestion@protegatcover.com

Pour toute demande **d'Evacuation et d'Assistance**, contactez :

VYV International Assistance
☎ +33 5 86 85 01 12

✉ authorization@vyv-ia.com

Pour toute autre question **sur ce contrat**, contactez :

ACS
153 rue de l'Université, 75007 Paris - France
☎ + 33 (0)1 40 47 91 00

✉ contact@acs-ami.com



XIII. Tableau des montants de

Hospitalisation & Evacuation Rapatriement

Les montants définis ci-après sont les remboursements maximum, incluant la part CFE.

Hospitalisation (accord préalable requis)				
Garanties	BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Limite maximale par bénéficiaire et par année de couverture	500 000 €	1 000 000 €	2 000 000 €	3 000 000 €
Hospitalisation médicale, chirurgicale et ambulatoire de jour	100 % des frais réels			
Frais annexes à l'hospitalisation (frais médicaux et paramédicaux effectués dans le cadre de l'hospitalisation)	100 % des frais réels			
Chambre particulière	100 % des frais réels, limités à 100 € / jour	100 % des frais réels, limités à 150 € / jour	100 % des frais réels, limités à 250 € / jour	100 % des frais réels
Greffe d'organe (hors frais d'acquisition d'organe et médicaments liés à la greffe)	100 % des frais réels			
Traitement du cancer (y compris soins et traitements ambulatoires)	100 % des frais réels			
Hospitalisation psychiatrique (Délai de carence : 3 mois)	Non couvert	100 % des frais réels, limités à 3 000 € et par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 3 500 € et par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 4 000 € et par année de couverture
Lit d'accompagnant (hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans)	100 % des frais réels, limités à 50 € / jour	100 % des frais réels, limités à 75 € / jour	100 % des frais réels, limités à 100 € / jour	100 % des frais réels, limités à 150 € / jour
Soins externes liés à une hospitalisation (dans la limite de 90 jours après la sortie d'hôpital)	100 % des frais réels			
Hospitalisation à domicile faisant immédiatement suite à une hospitalisation à l'hôpital prise en charge par le contrat (y compris frais de transport hôpital vers le domicile) (sur prescription et accord préalable)	100 % des frais réels, limités à 2 000 € et par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 2 000 € et par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 3 000 € et par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 4 000 € et par année de couverture
Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation (dans la limite de 90 jours suivant l'hospitalisation ou si le plafond est atteint)	100 % des frais réels, limités à 2 000 €, par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 2 000 €, par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 3 000 €, par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 4 000 €, par année de couverture
Transport local d'urgence par ambulance	100 % des frais réels			
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un accident	100 % des frais réels			
Soins d'urgence de moins de 24 heures dispensés dans un hôpital (non liés à une hospitalisation) dans la zone de couverture, en cas d'accident ou de maladie inopinée	250 € et par année de couverture			
Hospitalisation d'urgence en dehors de la zone de couverture (déplacement de moins de sept semaines à compter du départ de la zone couverte)	100 % des frais réels			
Évacuation sanitaire	100% des frais réels			
Suite à une évacuation sanitaire, retour de l'Adhérent dans le pays d'expatriation après consolidation	100% des frais réels			



Option Soins médicaux courants, prévention et dépistage

Les montants définis ci-après sont les remboursements maximum, incluant la part CFE.

Garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Honoraires des généralistes et spécialistes	100% des frais réels, limités à 65 € par acte et par consultation	100 % des frais réels, limités à 150 € par acte et par consultation	100 % des frais réels, limités à 300 € par acte et par consultation
Psychiatres, psychologues et psychothérapeutes	Jusqu'à 5 visites/an, maximum 60 € par visite	Jusqu'à 10 visites/an, maximum 200 € par visite	Jusqu'à 20 visites/an, maximum 200 € par visite
Analyses, radiologie, scanners et IRM (pour IRM accord préalable)	100 % des frais réels limité à 2 000 € par année de couverture	100 % des frais réels limité à 4 000 € par année de couverture	100 % des frais réels limité à 8 000 € par année de couverture
Médicaments et vaccins prescrits	100% des frais réels		
Auxiliaires médicaux prescrits	100% des frais réels		
Kinésithérapie (accord préalable)	100 % des frais réels, limités à 50 € par séance et 500 € par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 60 € par séance et 900 € par année de couverture	100% des frais réels, limités à 80 € par séance et 1 200 € par année de couverture
Chiropracteur (accord préalable), ostéopathe (accord préalable), homéopathe , acuponcteur (accord préalable), naturopathe , podologue	100 % des frais réels, limités à 50 € par séance et 500 € par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 60 € par séance et 900 € par année de couverture	100% des frais réels, limités à 80 € par séance et 1 200 € par année de couverture
Orthophonie et orthoptie prescrites (accord préalable)	100 % des frais réels, limités à 50 € par séance et 500 € par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 60 € par séance et 900 € par année de couverture	100% des frais réels, limités à 80 € par séance et 1 200 € par année de couverture
Prothèses médicales prescrites (accord préalable)	100 % des frais réels, limités à 1 200 € par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 2 500 € par année de couverture	100% des frais réels, limités à 4 000 € par année de couverture
Bilan de santé (frais de laboratoire, analyses sanguines, électrocardiogramme, test de l'audition, radio pulmonaire...)	Remboursement limité à 300€ / tous les trois ans	Remboursement limité à 500€ / tous les trois ans	Remboursement limité à 1000 € / tous les trois ans
Examens de dépistage du cancer (mammographie, PSA, colorectal, frottis...) - tous les 5 ans de 20 à 35 ans - tous les 3 ans de 35 à 45 ans - tous les 2 ans de 45 à 55 ans - tous les ans au-delà de 55 ans	Remboursement limité à 300€	Remboursement limité à 500€	Remboursement limité à 1000 €
Forfait d'automédication : médicaments sans ordonnance, aide à l'arrêt du tabac, autotests COVID-19	Non couvert	Jusqu'à 75 € par année de couverture	Jusqu'à 150 € par année de couverture
Diététicien (consultation)	Non couvert	Non couvert	3 séances par année de couverture, jusqu'à 150 € par consultation



Option Dentaire et Optique

Les montants définis ci-après sont les remboursements maximum, incluant la part CFE.

Garanties	Niveau 1	Niveau 2
Dentaire		
Limite maximale par bénéficiaire par année de couverture	2 000 €	4 000 €
Soins dentaires (délai de carence : 3 mois)	100% des frais réels limités à 1 000 € par année de couverture	100% des frais réels limités à 2 000 € par année de couverture
Orthodontie (enfant moins de 16 ans) (accord préalable) (délai de carence : 9 mois)	100 % des frais réels limités à 1 000 € par année de couverture	100% des frais réels limités à 2 000 € par année de couverture
Prothèses dentaires, y compris inlays, onlays, implants (accord préalable, délai de carence : 6 mois)	100 % des frais réels, limités à 300 € par dent et 1 000 € par année de couverture	100 % des frais réels, limités à 500 € par dent et 2 000 € par année de couverture
Optique		
Verres, monture et lentilles prescrites (délai de carence : 6 mois / une paire de lunettes tous les 2 ans) Frais de traitements chirurgicaux et traitement au laser des corrections visuelles (une fois pour la durée du contrat) (délai de carence : 6 mois) (accord préalable)	100 % des frais réels limités à 400 € par année de couverture	100% des frais réels limités à 800 € par année de couverture

Option Maternité

Les montants définis ci-après sont les remboursements maximum, incluant la part CFE.

Délai de carence 12 mois		
Garanties	Niveau 1	Niveau 2
Limite maximale par bénéficiaire par année de couverture	12 000 €	24 000 €
Frais d'accouchement : Hospitalisation, chambre privée, frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux.	Jusqu'à 6 000 € par grossesse	Jusqu'à 12 000 € par grossesse
Accouchement à domicile (frais de sage-femme ou autre spécialiste)		
Consultations, pharmacie, examens et soins pré et post natals		
Séances de préparation à l'accouchement (effectuées par un médecin ou une sage-femme)		
Diagnostic des anomalies chromosomiques (accord préalable)		
Dépistage néo-natal		
Complications directement liées à l'accouchement (y compris la césarienne si médicalement justifiée par le praticien)	Plafond ci-dessus doublé	Plafond ci-dessus doublé
Procréation médicalement assistée (PMA) (délai de carence : 18 mois)	Non couvert	1 000 € par tentative, avec un maximum de 3 tentatives pour la durée du contrat



Option Assistance Plus

Garanties	Couverture
Suite à une évacuation sanitaire - Prise en charge des frais d'hôtel pré et/ou post hospitalisation pour l'Adhérent	80 € / nuit / personne (10 nuits maximum)
Suite à une évacuation sanitaire, frais de transports pour un accompagnant Adhérent	Billet aller et retour
Suite à une évacuation sanitaire -Garde des enfants à charge de moins de 16 ans	Remboursée à hauteur de 20 heures par an, max. 500 €
Rapatriement des membres de la famille assurés, par suite du décès ou rapatriement d'un des bénéficiaires	Titre de transport (aller simple)
Rapatriement en cas d'Acte de Terrorisme ou de Sabotage, d'Attentat ou d'Aggression, Troubles politiques ou Catastrophe naturelle	Titre de transport (aller simple)
Retour prématuré en cas de décès ou d'hospitalisation de plus de six jours d'un membre de la famille proche à l'exclusion des grands-parents (parents, frères/sœurs, enfants et petits-enfants)	Titre de transport (aller-retour), dans la limite d'une fois par personne Adhérente et par année de couverture
Présence d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation de plus de six jours	Billet A/R + 80 € par nuit (max. 10 nuits)
Transport du corps en cas de décès d'un des bénéficiaires	Frais réels
Frais funéraires nécessaires au transport (frais de cercueil)	Limité à 2 000 €
Frais d'inhumation dans le pays d'expatriation	Jusqu'à 1 000€
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 5 000 € par personne et 15 000 € maximum par période de couverture
Soutien psychologique par suite d'un évènement garanti	3 entretiens téléphoniques par personne Adhérente et par année de couverture
Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place	100% frais réels
Assistance Juridique	Jusqu'à 3 000 € par année de couverture
Avance sur caution pénale	Jusqu'à 12 000 € par année de couverture

Lorsque l'adhérent bénéficie de tout organisme de base, nos remboursements viennent en complément.



Annexe : Déclaration de confidentialité ACS

Protéger la vie privée et les données des assurés est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment sont collectées les données personnelles, quel type de données sont collectées et pourquoi, avec qui elles sont partagées et divulguées. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

Traitement des Données Personnelles

Les informations recueillies par ACS, Courtier en assurances, société par actions simplifiée immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 317 218 188, et dont le siège social est au 153, rue de l'Université - 75007 Paris, France, soit directement auprès de vous, ou par l'intermédiaire de votre courtier en assurances, font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à :

- la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de votre devis ou contrat (étude des besoins, souscription, établissement d'avenants, calcul et recouvrement des cotisations, gestion des sinistres, traitement des éventuelles réclamations...),
- l'application des dispositions légales, y compris celles en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre les fraudes,
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles,
- la redistribution des risques par la réassurance et la coassurance.

Le traitement de ces données est réalisé dans le respect des obligations relatives au traitement, à l'archivage, l'enregistrement, l'organisation, la limitation et la minimalisation des données, l'adaptation et l'altération, les conditions de retrait, d'utilisation, de consultation et de transfert, la diffusion ou la mise à disposition, la sécurité des données personnelles.

Les destinataires des données sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités, les assureurs, les réassureurs, les intermédiaires d'assurance (votre courtier direct le cas échéant), et éventuellement leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, les délégataires de gestion, le médiateur saisi, les autorités légalement autorisées pour le traitement de vos réclamations, Tracfin pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat).

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Ces données sont nécessaires à l'exécution et à la gestion de votre contrat et de vos garanties, et leur traitement est réalisé à cette seule finalité, dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées aux Médecins-conseil indépendants ou services d'ACS en charge de la gestion de vos garanties, à ses gestionnaires de frais médicaux et prestataires d'assistance externes le cas échéant, ainsi qu'aux assureurs et réassureurs de votre contrat.

Transfert de Données personnelles :

Par ailleurs, nous vous informons que les données à caractère personnel vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat), peuvent faire l'objet de transferts en dehors de l'Union Européenne, en fonction des besoins induits par la gestion de votre contrat.

Ces transferts visent exclusivement à permettre la gestion des demandes d'assurance et d'assistance et seules les données nécessaires à cette finalité sont transmises.

Les destinataires ou catégories de destinataires habilités à recevoir communication de ces données sont les personnels habilités des gestionnaires de frais médicaux ou prestataires d'assistance externes ainsi que les assureurs le cas échéant.

Ces transferts se font dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles applicables dans l'Union Européenne.

Vos droits :

Conformément à la loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et 2018 et au règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez des Droits d'Accès, de Rectification, de Suppression, de Portabilité relativement aux informations qui vous concernent, ainsi que des droits de Limitation et d'Opposition quant au traitement de vos données personnelles, que vous pouvez exercer en vous adressant par écrit à notre Délégué à la protection des données, à dpo@acs-ami.com ou par courrier à « ACS, à l'attention du DPO, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France » (avec copie d'une pièce d'identité).

Vous avez la faculté d'introduire une réclamation :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne.
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 FRANCE



Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil d'ACS (ACS, à l'attention du Médecin Conseil, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France) avec copie d'une pièce d'identité.

Durée de conservation :

Les données personnelles seront conservées conformément aux lois et règlements applicables, notamment :

Documents	Durée de conservation
Offres, cotations	3 ans
Demande individuelle d'affiliation	<ul style="list-style-type: none"> - 5 ans après date de résiliation du contrat (si pas de sinistre), - 5 ans après sortie de l'assurance
Cotisations, Primes	5 ans
Maladie	3 ans après clôture
Dossiers sinistres en cas de décès, Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), Incapacité, Invalidité	<ul style="list-style-type: none"> - si la prestation a été réglée : 10 ans à compter de la date de règlement, - si la prestation n'a pas été réglée en totalité ou en partie au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré : 30 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'assuré par la compagnie ; - si la prestation n'a pas pu être réglée en totalité ou en partie du fait de la disparition ou de l'absence de l'assuré : 30 ans à compter de la date de connaissance par la compagnie du jugement de disparition ou d'absence de l'assuré
Incapacité permanente partielle maladie (IPPM) – Incapacité permanente partielle accident (IPPA)	<ul style="list-style-type: none"> - si réglé : 10 ans, - si non réglé : 30 ans