

L'ASSOCIATION POUR LA MOBILITE INTERNATIONALE

ACS HEALTH IN ASIA LIFETIME Contrat santé viager au 1^{er} USD Notice d'information

En qualité de membre de l'Association pour la Mobilité Internationale (ci-après AMI), vous avez choisi d'adhérer aux garanties « Santé » souscrites par L'Association auprès de Hauteville Insurance Company Limited (HIC), une société du groupe Allianz, aux termes du contrat numéro 011767/007.

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 avec le contrat numéro 011767/007, les termes du contrat prévaudront.

Le contrat viager ACS Health in Asia est libellé en Dollar US (USD ou \$).

Sommaire

1/ Généralités	2
2/ Définitions	3
3/ Garanties et prestations santé	5
4/ Primes.....	9
5/ Formalités nécessaires à la demande de remboursement des frais médicaux	10
6/ Prescription	11
7/ Gestion	11
8/ Recours.....	12
9/ Droit applicable.....	12
10/ Médiation	12
11/ Tableaux des garanties.....	13

1/ Généralités

Conditions requises – affiliation

Les personnes pouvant être assurées sont les *Expatriés* membres de l'Association AMI, indépendamment de leur nationalité, ayant entre 21 et 59 ans. L'âge est calculé par soustraction de l'année de naissance à l'année d'affiliation.

Les *Enfants* de l'adhérent, qui vivent sous le même toit que lui et ont moins de 25 ans, ainsi que le conjoint ou le concubin peuvent également bénéficier de cette assurance.

Lors de leur affiliation, ces personnes doivent remplir et signer le formulaire d'adhésion, qui inclut un questionnaire médical approuvé par le médecin conseil de l'assureur. Un examen médical complémentaire peut être demandé par l'Assureur.

L'assureur se réserve le droit de soumettre son acceptation à la production des renseignements supplémentaires qu'il juge nécessaires. À l'issue de l'examen médical, l'assureur se réserve le droit de refuser la couverture, en réduire la portée et/ou le montant ou augmenter la prime.

Dans ce cas, l'accord de l'adhérent est requis avant le début de la couverture médicale.

Les adhérents et, le cas échéant, leurs bénéficiaires, deviennent des assurés (ci-après appelés « assurés ») une fois que leur dossier a été accepté.

Formules

ACS Health In Asia contient 3 formules, à savoir : Bronze, Silver et Gold. L'assuré choisit l'une d'entre elles.

La formule retenue par l'assuré est indiquée sur son attestation d'assurances. Ces formules fonctionnent de la manière suivante :

Choix de la formule

Le choix de la formule (Bronze, Silver ou Gold) est effectué par l'assuré au moment de son adhésion. Ce choix ne peut être modifié qu'au renouvellement de l'adhésion chaque 1^{er} janvier. L'assuré peut également opter pour des franchises de 100 USD, 500 USD ou 1.000 USD ou pour une co-assurance de 10% ou 20%.

Il est précisé que :

- La co-assurance et les franchises ne sont disponibles que pour les formules Silver et Gold.
- la combinaison d'une franchise et d'une co-assurance n'est pas possible.

Changement de formule

L'assuré peut demander un changement de formule jusqu'au renouvellement de son adhésion. Le changement prend alors effet le 1^{er} janvier suivant. Un changement de catégorie apportant un niveau de couverture médicale inférieur à celui que l'adhérent avait précédemment sélectionné est irrévocable.

Dans le cas d'une formule avec des garanties supérieures, l'assuré doit compléter un nouveau questionnaire médical. Une fois accepté au niveau de couverture médicale supérieur, les *Délais de carence* indiqués ci-dessous sont applicables à l'assuré.

Il est convenu que, en cas d'adhésion familiale (l'adhérent, mais également son conjoint ou concubin et les Enfants mineurs), le choix de la catégorie est le même pour tous les bénéficiaires.

Date de début de la couverture

Après avoir été accepté par l'assureur (y compris l'approbation du questionnaire médical), l'assuré reçoit une attestation d'assurance.

La couverture ne peut en aucun cas commencer avant que l'assuré ait payé sa première cotisation. À condition que cette première cotisation ait été payée, la couverture des frais médicaux prend effet pour chaque adhérent à la date d'acceptation qui apparaît sur la demande d'adhésion individuelle pour tous les frais, à l'exception des frais suivants, qui ne sont pris en charge qu'après un *Délai de carence* indiqué ci-dessous :

- **Prothèses dentaires : 6 mois**
- **Optique : 6 mois**
- **Accouchement et maternité : 10 mois**

Le calcul de ces *Délais de carence* commence à la date d'affiliation stipulée dans l'attestation d'assurance.

Toutefois, si l'assuré peut justifier d'une couverture équivalente au moins un mois avant sa date d'adhésion à la présente assurance, en présentant une attestation de résiliation indiquant le niveau des prestations et la date de radiation, les délais de carence sont supprimés, y compris les dépenses d'accouchement et de complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Durée de la couverture

L'adhérent souscrit l'assurance pour lui-même et pour le compte de son conjoint (ou concubin) et de ses *Enfants* mineurs acceptés comme bénéficiaires, à partir de la date de début de sa couverture médicale jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours.

L'adhésion au contrat est tacitement reconduite le 1^{er} janvier de chaque année pour une période de 12 mois, sauf si l'adhérent informe de son intention de résilier son adhésion en adressant une lettre recommandée à l'assureur au plus tard le 31 octobre de l'année précédente.

Une fois que sa demande d'adhésion a été acceptée et sous réserve des sanctions du droit anglais en cas de fausse déclaration, l'assuré ne peut pas être exclu pour des raisons médicales ou à cause de son âge tant qu'il répond aux critères d'affiliation et tant que le contrat est en vigueur.

Quoi qu'il en soit, la couverture prend fin :

Pour chaque adhérent, à la date et dans les cas suivants :

- le dernier jour de la période d'affiliation indiquée sur l'attestation d'assurance,
- s'il ne paie pas les primes prévues,
- en cas de décès de l'assuré principal,
- à la fin du trimestre civil qui suit la date à laquelle il n'adhère plus au contrat viager ACS Health in Asia numéro 011767/007 conclu entre AMI et HIC.

Pour l'ensemble des adhérents, dans le cas suivant :

- à la date de résiliation du contrat numéro 011767/007 conclu entre AMI et HIC.

La résiliation ou la suspension de la couverture médicale entraîne simultanément la fin du droit des assurés à percevoir des prestations pour tous les *Traitements* et soins à la date de la résiliation, même s'ils ont commencé ou ont été prescrits avant ladite date.

2/ Définitions

Les termes et expressions du contrat en italique et commençant par une majuscule ont le sens qui leur est attribué ci-dessous.

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

Admission explicite à l'hôpital :

- (i) Pour un séjour de plus de 24 heures, l'admission explicite à l'hôpital est le document formel émis par l'hôpital ou tout centre prodiguant des soins hospitaliers à un patient qui se voit attribuer une chambre et des repas ainsi que des soins infirmiers continus à l'hôpital au sein duquel le patient passe au moins une nuit.
- (ii) Pour un séjour de moins de 24 heures relativement à des actes chirurgicaux, l'admission à l'hôpital est le document formel indiquant que le patient bénéficie de soins infirmiers et se voit attribuer un lit alors même qu'il ne passe pas la nuit à l'hôpital.
- (iii) Pour un séjour de moins de 24 heures relativement à des actes non chirurgicaux, l'admission à l'hôpital est le document formel indiquant que le patient est rentré à l'hôpital pour moins de 24 heures pour suivre un *Traitement* de chimiothérapie, radiothérapie ou de dialyses, une fibroscopie, une coloscopie ou une endoscopie. Le patient a effectué son *Traitement* à l'hôpital et le quitte une fois celui-ci terminé.

Auxiliaires médicaux : infirmiers, aides-soignants et autre personnel apportant une aide médicale diplômée d'État.

Co-assurance : le pourcentage de dépenses garanties restant à la charge de l'assuré, non remboursé par l'assureur.

Délai de carence : période pendant laquelle l'assuré n'a pas droit à certaines prestations.

Dépenses de pharmacie et Médicaments prescrits : frais engagés pour obtenir des produits, y compris de l'insuline et des seringues hypodermiques, prescrits par un médecin pour traiter une *Maladie* ou compenser une déficience par une substance qui est vitale pour l'organisme. Le médicament prescrit doit avoir un effet médical démontré et reconnu par les autorités de réglementation et de supervision pharmaceutique dans le pays dans lequel il est prescrit.

Enfants : enfants par le sang ou par adoption, jusqu'à la fin du mois civil du vingt-cinquième anniversaire de l'enfant ou son mariage, selon le premier des deux événements, et s'ils sont déclarés, tous les autres enfants, y compris par alliance ou des enfants dont la relation parent-enfant répond aux critères et qui dépendent de l'adhérent demandeur pour au moins 50 % de leurs moyens de subsistance en permanence jusqu'à la fin du mois civil de leur vingt-cinquième anniversaire ou leur mariage, selon le premier des deux événements qui se produit.

Espace économique européen (EEE) : les pays qui appartiennent à l'EEE sont l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, la République tchèque, Chypre, le Danemark, l'Estonie, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Norvège, la Pologne, le Portugal, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni.

Expatrié : personne qui réside hors de son *Pays d'origine*.

Frais d'accouchement : frais médicaux (incluant chambre double) engagés relatifs à l'accouchement vaginal. Toute complication, ainsi que la chambre particulière, seront prises en charge par la garantie « *Hospitalisation* ».

Les délais de carence s'appliquent à tous les frais relatifs à la maternité.

Franchise : désigne le montant des frais restant à la charge de l'assuré, qui doit être déduit du montant à rembourser par l'assureur.

Greffe d'organe : procédure chirurgicale de greffe d'organes ou de tissus vivants, à savoir cœur, cœur et valve cardiaque, cœur et poumon, pancréas, pancréas et rein, rein, moelle épinière, parathyroïdes, et transplantation de muscle, d'os ou de cornées. Les frais engagés pour obtenir un organe ne sont pas remboursés.

Hôpital : tout établissement homologué comme établissement hospitalier médical ou chirurgical dans le pays où il se trouve. L'établissement doit proposer à ses patients un suivi permanent par un médecin. Les maisons de convalescence et centres de soins infirmiers, les établissements thermaux et les cures en spa ne sont pas réputés être des hôpitaux.

Hospitalisation : On entend par hospitalisation :

- (i) Les séjours de plus de 24 heures pour des *Traitements* médicaux ou des *Interventions Chirurgicales* en établissement public ou privé suite à un *Accident* ou à une *Maladie*, dès lors que l'assuré a fait l'objet d'une Admission Explicite à l'Hôpital. 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 la résidence 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, lorsque l'assuré a fait l'objet d'une *Admission Explicite à l'Hôpital*, en cas :
 - d'*Interventions Chirurgicales*,
 - d'actes de fibroscopie, coloscopie, endoscopie, ou
 - 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*.

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.

Kinésithérapie : ce *Traitement* est destiné à ramener un patient à son état physique normal et/ou ses fonctions physiques normales après un grave *Accident* ou une grave *Maladie*. La procédure de kinésithérapie doit commencer dans un délai de 30 jours après l'*Hospitalisation* à cause d'un *Accident* ou d'une *Maladie*.

Maladie : Une altération de la santé constatée par un médecin. Médecin signifie une personne disposant d'une licence pour exercer la médecine dans le pays où le traitement est reçu et n'est pas un parent de l'assuré.

Pays d'origine : pays apparaissant sur le passeport du bénéficiaire de l'assurance et/ou pays déclaré comme pays d'origine sur le formulaire d'adhésion.

Prothèse dentaire : soins prosthétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les *Traitements* nécessaires, y compris le remboursement des frais de laboratoire et des composants.

Prothèses médicales prescrites : instruments, équipement ou dispositifs prescrits qui facilitent ou soutiennent la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe, tels que les auxiliaires de phonation (larynx électronique), béquilles, fauteuils roulants, appareils orthopédiques, membres artificiels, bandage herniaire et bas de contention élastiques, à l'exclusion des semelles et chaussures orthopédiques.

Soins à domicile : soins médicaux administrés par un infirmier ayant un diplôme d'État au domicile de l'assuré, sur prescription d'un médecin qualifié, immédiatement après ou en remplacement d'une *Hospitalisation* ou de soins administrés en consultation externe.

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

Traitement : procédure médicale nécessaire pour guérir ou soigner une *Maladie*, une infection ou une blessure.

Transport en ambulance : transport en ambulance dans un seul et même pays, entre la résidence du patient ou le lieu de l'*Accident* et l'*Hôpital* le plus proche ou l'établissement médical homologué qui se trouve dans ledit pays et qui est le plus adapté à la situation en cas d'*Urgence* ou de nécessité médicale. Le transfert ultérieur du patient entre l'établissement qui l'accueille et un établissement de plus grande proximité est également couvert si l'état du patient l'exige.

Urgence : terme utilisé en cas d'*Accident*, de catastrophe naturelle, de commencement ou d'aggravation soudaine d'une *Maladie* grave nécessitant des mesures et un *Traitement* d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Assuré ou de l'une des personnes à sa charge. Seul un *Traitement* médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste 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 exigées par les autorités sanitaires du pays dans lequel le *Traitement* est administré ou par celles du pays que l'assuré visite. Les frais liés à la consultation et à l'achat du vaccin sont couverts.

3/ Garanties et prestations santé

Objet de la couverture

La couverture consiste à rembourser les frais que l'adhérent a engagés pour un *Traitement* et des soins médicaux spécifiés dans la catégorie de couverture qu'il a choisie.

Les demandes de remboursement ne sont acceptées que si l'assureur juge le montant des factures et des reçus fournis raisonnable, conforme aux dépenses habituelles et correspondant à des interventions médicalement justifiées. Les montants facturés doivent être en conformité avec les

normes en vigueur ; ils doivent en règle générale correspondre aux procédures médicales internationales et doivent être appropriés dans le pays d'administration des soins. Si tel n'est pas le cas, l'assureur se réserve le droit de réduire le montant des prestations remboursables.

Les frais « RAISONNABLES et HABITUELS » définis par l'assureur sont les frais facturés par le prestataire ou les frais qui prévalent dans le pays en question pour un service de ce type proposé par des prestataires d'un niveau professionnel identique, selon ce qui est le moins cher.

Catégorie de la couverture

La catégorie de la couverture est le tableau des prestations choisi par l'adhérent lors de son affiliation et indiqué sur le certificat d'assurance. Seules les garanties correspondant à la formule souscrite sont couvertes. La liste de ces garanties est indiquée dans le tableau des garanties en page 13 de la présente notice.

L'adhérent peut changer de catégorie par la suite. Le changement prend effet le 1^{er} janvier qui suit.

Un changement de catégorie apportant un niveau de couverture médicale inférieur à celui que l'adhérent avait précédemment sélectionné est irrévocable.

Il est convenu que, en cas d'adhésion familiale (l'adhérent, mais également son conjoint ou concubin et les *Enfants* mineurs), le choix de la catégorie est le même pour tous les bénéficiaires.

Zone de couverture

Les frais médicaux peuvent être remboursés dans les pays suivants.

Zone 1 : Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Myanmar, Philippines, Taïwan, Vietnam, Thaïlande et pour les séjours de moins de 120 jours consécutifs dans l'un des pays qui appartiennent à l'*Espace économique européen* (EEE), **hormis le Royaume-Uni.**

Zone 2 : Mêmes pays que la zone 1, plus le Royaume-Uni pour les séjours inférieurs à 120 jours consécutifs.

En cas de séjours de moins de 7 semaines en dehors des zones mentionnées ci-dessus, les frais causés par un *Accident* ou une *Maladie* de caractère urgent, selon la définition du chapitre 2 – Définitions, sont remboursés. Dans tous les autres cas, les frais ne peuvent être remboursés que s'ils sont expressément autorisés par l'assureur.

Montant des prestations

Pour toutes les formules, le montant des prestations est déterminé pour chaque dépense médicale conformément aux conditions suivantes.

Selon la formule choisie par l'adhérent, les remboursements atteignent les montants maximaux indiqués dans le tableau de garanties page 13 et se limitent aux frais réellement engagés et par année civile.

Les frais réels sont les frais médicalement justifiés habituels et raisonnables déterminés sur la base des prix généralement facturés par les établissements et praticiens du pays ou de l'État concerné.

Les remboursements sont effectués après déduction de la Franchise ou de la Co-assurance (Silver et Gold uniquement), si choisis par l'assuré.

Pour être remboursé dans le cadre de la présente assurance, l'acte médical ou le soin médical pratiqué doit avoir été reconnu par l'**Organisation mondiale de la santé.**

Si le conjoint est un salarié, les prestations remboursées par l'assureur sont la différence entre les frais médicaux réels couverts et les prestations des programmes d'assurance de même type auxquels le conjoint en question peut avoir droit personnellement.

Les garanties en fonction de la formule sélectionnée sont indiquées dans le tableau des garanties page 13.

Détail des prestations en cas d'hospitalisation

Pour une *Hospitalisation* d'au moins 24 heures, ou de moins de 24 heures uniquement pour la chirurgie, les frais médicaux couverts par le tableau des garanties sont les suivants :

- frais d'hébergement
- soins intensifs et soins coronariens
- procédures de chirurgie, anesthésie et réanimation

- frais de salle de réveil après chirurgie
- transfusions sanguines, plasma et apport d'oxygène
- *Greffes d'organe*
- honoraires médicaux : consultations, visites (y compris les consultations obligatoires avant chirurgie et les *Traitements* prescrits après chirurgie à cause d'une *Hospitalisation*)
- actes d'*Auxiliaires médicaux*
- actes de biologie médicale
- radiologie, scanners, radiothérapie
- *Dépenses de pharmacie*
- soins de rééducation, centres de rééducation immédiatement après une *Hospitalisation*
- *Traitements* psychiatriques et *Traitements* du système nerveux
- *Traitement* d'un cancer, y compris la chimiothérapie réalisée dans un *Hôpital* pendant un séjour de moins de 24 heures
- Soins en consultation externe précédant et suivant une *Hospitalisation* (jusqu'à 30 jours avant et 90 jours suivant une *Hospitalisation*)
- *Hospitalisation* à domicile
- forfait journalier tout compris (France)
- chambre privée standard
- lit supplémentaire

Les dépenses personnelles comme les frais de téléphone et de télévision ne sont pas remboursés.

Transport en ambulance

Les frais de *Transport en ambulance* dans un seul et même pays et relatifs à une *Hospitalisation* sont couverts.

Détail des prestations en cas de consultation externe (si garanti par la formule choisie)

Pour le *Traitement* en consultation externe, les frais médicaux couverts par le tableau de prestation sélectionné sont les suivants :

- *Dépenses de pharmacie*
- consultations, visites
- chirurgie, hormis une *Hospitalisation* de plus de 24 heures
- *Traitements* prescrits par des *Auxiliaires médicaux* (à l'exclusion des *Auxiliaires médicaux* qui font partie de la famille de l'assuré et qui vivent chez lui)
- *Soins* médicaux à domicile, dans la limite de 120 visites par année d'assurance
- séances prescrites de *Kinésithérapie*, ostéopathie, chiropraxie (accord préalable)
- procédures prescrites d'homéopathie et d'acupuncture (accord préalable)
- procédures de biologie médicale
- radiologie
- IRM, TEP (consentement préalable)
- *Traitements* à l'aide de rayons ionisants
- transfusions sanguines, plasma et apport d'oxygène
- soins de rééducation physique
- prothèse médicale pour les membres et les yeux
- *Vaccinations obligatoires*
- appareils orthopédiques, béquilles
- location d'équipement médical
- prothèses auditives (accord préalable)
- bilan de santé (1 tous les 3 ans)

Les traitements psychiatriques et *Traitements* du système nerveux ne sont pas remboursés en consultation externe.

Frais d'accouchement

Les frais médicaux couverts par cette garantie sont ceux engagés dans un délai de huit jours à partir de la date de la naissance :

- frais d'hébergement,
- honoraires médicaux.

Un nouveau-né est automatiquement couvert depuis sa date de naissance sous réserve d'une notification à l'assureur dans les 3 mois de la naissance et du paiement de la prime correspondante.

En cas d'accouchement par les voies naturelles, seuls les frais indiqués dans le paragraphe qui précède sont couverts.

Détail des soins dentaires (si garanti par la formule choisie)

Pour les soins dentaires, les frais médicaux couverts par le tableau de garanties sélectionné sont les suivants :

- soins dentaires (chirurgie, consultation et radiologie), hors orthodontie
- *Prothèses dentaires* fixes : couronnes, couronnes Richmond, inlays, onlays
- *Prothèses dentaires* amovibles : dispositifs amovibles
- implants dentaires

Détail des soins optiques

- verres, montures et lentilles prescrites

Limitation aux frais réels

Les remboursements ou indemnités des dépenses engagées à cause d'une *Maladie*, d'une grossesse ou d'un *Accident* ne doivent pas dépasser le seuil du montant des frais restant à payer par l'assuré après que tous les remboursements auxquels il a droit ont été faits.

Les garanties du même type contractées auprès d'autres compagnies d'assurance s'appliquent dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de sa souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir une indemnité supplémentaire en envoyant le détail des remboursements effectués par les autres compagnies.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, l'assureur détermine la limite des frais restant à payer par l'adhérent pour chaque *Traitement* ou poste de dépense.

Exclusions

Risques exclus

L'assureur ne couvre pas les frais médicaux engagés à cause des événements suivants :

- Conséquence d'une *Maladie* ou d'un *Accident* volontaire ou intentionnel de la part de l'assuré, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide
- Conséquences d'une guerre, civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat à la bombe ou d'un mouvement populaire, sauf si l'assuré n'y a pas pris une part active
- Conséquences directes ou indirectes de n'importe quelle action relative à ce que l'on appelle communément le risque nucléaire.

L'assureur se réserve le droit de modifier la couverture dans des pays particuliers, sous réserve d'un préavis de quinze jours.

Prestations exclues

Il est entendu que les frais médicaux non reconnus par l'Organisation mondiale de la santé ne sont pas couverts par ce contrat, à l'exception des lentilles de contact sur ordonnance.

De plus, les dépenses suivantes ne sont pas couvertes, sauf si elles sont spécifiées dans le certificat d'assurance et si l'Organisation mondiale de la santé les aurait reconnues autrement en tant que soins médicaux.

Il convient de remarquer que le présent contrat ne couvre pas :

- les traitements hors de la zone géographique d'expatriation indiquée dans le formulaire de demande, sauf dans les cas spécifiés au paragraphe sur la zone de couverture,
- toute forme de *Traitement* expérimental ou non supervisé qui ne suit pas une pratique médicale communément acceptée, habituelle ou conventionnelle, sauf si l'assureur a spécifiquement donné son consentement,
- les dépenses accessoires ou de confort dans le cas d'une *Hospitalisation* (téléphone, télévision, etc.),
- les conséquences ou les traitements d'une pharmacodépendance ou de l'alcoolisme,
- les dépenses engagées pour l'acquisition d'un organe (mais non celles engagées pour l'organe en soi),
- toute opération ou tout *Traitement* relatifs à un changement de sexe,

- les traitements esthétiques, de rajeunissement ou d'amincissement,
- les contrôles, examens, traitements et complications associés à la stérilité, la stérilisation, une dysfonction sexuelle, la contraception, y compris l'insertion ou le retrait de dispositifs contraceptifs, l'interruption volontaire de grossesse, sauf en cas d'interruption de grossesse médicalement nécessaire et qui se conforme à la législation locale,
- toute chirurgie volontaire ou par choix et/ou chirurgie plastique / cosmétique,
- les dépenses d'orthodontie,
- les traitements en spa,
- les frais de transport et d'hébergement associés aux traitements en spa,
- les frais médicaux associés à un séjour dans un centre de thalassothérapie ou de culture physique, une maison de repos ou un centre de réadaptation, même si ce séjour est une prescription médicale (sauf dans le cas des séjours en centre de rééducation qui suivent immédiatement une *Hospitalisation*),
- les consultations externes en matière de psychothérapie, psychanalyse et psychiatrie, ainsi que les médicaments qui leur sont liés,
- les consultations, traitements et complications associées à la perte ou l'implantation de cheveux, sauf si le traitement est lié à une perte de cheveux provoquée par une grave *Maladie*,
- les traitements qui modifient la réfraction d'un ou deux yeux (correction de la vision par laser), y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo-réfractive (KPR),
- les médicaments sans ordonnance et les produits non médicaux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampoings, etc.

4/ Primes

Détermination des primes

La prime à payer pour cette assurance médicale est calculée pour chaque adhérent en fonction de son âge et de la catégorie de couverture sélectionnée. Ce montant est précisé sur l'attestation d'assurance de l'adhérent.

L'âge pris en compte est celui atteint au 31 décembre de l'année d'adhésion au contrat. Lors du renouvellement de l'adhésion, la prime est révisée conformément aux changements apportés aux tranches d'âge définies dans l'échelle des primes.

Indexation :

Les primes sont automatiquement indexées au 1^{er} janvier de chaque année, selon la consommation annuelle de soins médicaux et l'inflation des prix médicaux. L'assureur peut également réviser les primes tous les 1^{er} janvier, selon les résultats techniques du contrat.

Paiement des primes

Les primes peuvent être payées une fois par an, une fois par semestre, une fois par trimestre ou une fois par mois. Elles doivent être versées à l'avance et en dollars US.

En fonction de la fréquence de versement sélectionnée, l'adhérent s'engage à payer ce qu'il doit dans un délai de 30 jours après la date d'échéance. S'il ne le fait pas, l'adhérent ne sera plus couvert 30 jours après l'envoi d'une mise en demeure de payer adressée par lettre recommandée et restée sans effet ; l'assurance sera résiliée à l'expiration d'une autre période de 10 jours, sans autre notification de la part de l'assureur.

Toute demande de prestation faite pendant la période d'arriéré sera refusée.

5/ Formalités nécessaires à la demande de remboursement des frais médicaux

Déclaration

Le formulaire de déclaration est fourni par l'assureur et doit lui être renvoyé avec les documents demandés par l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré de fournir tous les renseignements qui sont nécessaires pour traiter ses données personnelles et ont un lien avec les demandes de remboursement. Dans ce but, l'assureur peut avoir accès au dossier médical de l'assuré, avec toutes les obligations légales de confidentialité à cet égard.

Toute information fournie par l'assuré, ou l'une des personnes à sa garde, qui s'avère erronée, falsifiée ou surestimée ou toute mauvaise conduite frauduleuse ou intentionnelle de leur part entraîne la responsabilité directe de l'assuré et le remboursement des sommes indûment payées par l'assureur sur la base de ces données incorrectes.

Documentation à fournir

En cas d'*Hospitalisation*, les justificatifs de frais d'*Hospitalisation* (factures, honoraires).

En cas de *Maladie*, les factures détaillées.

En cas d'*accouchement à domicile*, un extrait de naissance de l'enfant.

L'assureur peut demander tous les autres documents qu'il juge nécessaires.

Les copies, photocopies ou duplicata ne sont pas acceptés.

E-claiming :

Toutefois, pour les demandes de remboursement dont le montant est inférieur ou égal à 300 USD, sont acceptées les pièces justificatives numérisées envoyées à : acs@euro-center.com

Il est précisé que l'Assureur se réserve le droit de réclamer les originaux pendant 18 mois suivant la date de remboursement dans un souci de contrôle et 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.

Approbation préalable

Le remboursement :

- des frais d'*Hospitalisation* (à l'*Hôpital* ou à domicile)
- des soins de rééducation physique immédiatement après une *Hospitalisation*
- d'IRM, TEP
- de physiothérapie (au-delà de 10 séances)
- de *Kinésithérapie*
- de chiropraxie
- d'ostéopathie
- d'homéopathie
- d'acupuncture
- orthophonie et orthoptie médicalement prescrite
- prothèses médicalement prescrites
- des *Frais d'Accouchement*,

est soumis à l'approbation préalable de l'assureur, sauf en cas d'*Urgence* (selon la définition de ce contrat). Chaque admission à l'*Hôpital* doit être notifiée à l'assureur au moins 7 jours avant l'admission réelle et dans un délai de 48 heures pour les *Hospitalisations* qui suivent une *Urgence* (selon la définition de ce contrat).

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.

**En cas d'*Hospitalisation* l'assuré peut obtenir une prise en charge, afin de lui éviter l'avance des fonds en appelant Euro-Center au +66 2 696 3675 ou +66 2 696 3626 (24/7),
Ou par e-mail: acs@euro-center.com (24/7)**

Pour les autres frais, les justificatifs doivent être envoyés à :

**Euro-Center (Thailand) Co., Ltd
Evergreen Place, 10th Floor
318 Phayathai Road, Ratchathevi
10400 Bangkok
THAILAND**

**Téléphone: +66 2 696 3675 ou +66 2 696 3626 (24/7)
Fax. + 66 2 696 3628
e-mail: acs@euro-center.com**

Tiers payant pour les frais médicaux externes :

Si vous avez besoin d'un service de tiers payant pour vos frais médicaux externes, merci de nous contacter préalablement afin d'être en mesure de mettre en place ce service de la manière la plus efficace possible, dans les limites des conditions et garanties de votre contrat.

Nous serons également en mesure de vous fournir des informations sur les hôpitaux et cliniques de notre réseau avec lesquels nous avons un accord de prise en charge directe. Cette prise en charge directe peut être mise en place pour des frais médicaux externes qui devraient en principe être avancés par l'assuré.

Merci de vous munir de votre passeport et de votre carte d'assuré lors de votre visite à l'hôpital ou à la clinique.

Veuillez noter qu'un accord préalable est requis pour certains traitements spécifiques tel qu'indiqué dans la présente notice.

6/ Prescription

Toute action en justice ou demande de règlement de prestations d'assurance découlant de ce contrat est prescrite dans un délai d'une année civile à partir de la date de l'événement.

7/ Gestion

La gestion de l'adhésion, de la collecte des primes et de toute demande de renseignement concernant l'assurance médicale est réalisée par :

**ACS
153, rue de l'Université
75007 Paris - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 47 91 00
Fax : +33 (0)1 40 47 61 90
Email : contact@acs-ami.com**

La gestion des remboursements est traitée par :

Euro-Center
Euro-Center (Thailand) Co., Ltd
Evergreen Place, 10th Floor
318 Phayathai Road, Ratchathevi
10400 Bangkok, THAILAND
Tel. +66 2 696 3675 ou +66 2 696 3626 (24/7)
Fax. +66 2 696 3628
e-mail : acs@euro-center.com (24/7)

8/ Recours

Le bénéficiaire donne *Subrogation* à l'assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

L'assureur renonce au droit d'engager une action récursoire à l'encontre de l'adhérent et ses bénéficiaires.

9/ Droit applicable

Le présent contrat est régi et interprété conformément au droit anglais.

La définition de la couverture, des primes et leurs règles d'application tient compte des réglementations de l'Organisation mondiale de la santé qui sont applicables à la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance.

10/ Médiation

Si le souscripteur ou l'assuré souhaitent des informations spécifiques, leur interlocuteur régulier analysera leurs demandes et plaintes.

Si, à la fin de l'analyse, l'assuré considère que les réponses qu'il reçoit sont insuffisantes, il peut adresser sa plainte à :

ACS, service des réclamations,
153, rue de l'Université,
75007 Paris, France

Il sera accusé réception de la réclamation dans les 10 jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'Assuré dans ce délai. En tout état de cause, une réponse sera adressée à l'Assuré avant l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de sa réclamation.

Enfin, si un litige perdure avec l'assureur au sujet de la couverture, l'assuré peut demander les services d'un médiateur, dont le nom et l'adresse seront fournis par l'assureur sur simple demande, ce qui n'empêche pas une autre action en justice.

Les parties déclarent qu'elles se soumettent au droit anglais et abandonnent toute action en justice dans un autre pays que le Royaume-Uni.

En cas de divergence entre la version française et la version anglaise de la présente notice, la version anglaise prévaudra.

11/ Tableaux des garanties

	BRONZE	SILVER	GOLD
LIMITE ANNUELLE	US \$ 500 000 ou US \$ 1 000 000	US \$ 500 000 ou US \$ 1 000 000	US \$ 500 000 ou US \$ 1 000 000
HOSPITALISATION (accord préalable)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
<i>Hospitalisation médicale</i>			
<i>Hospitalisation chirurgicale</i>			
<i>Frais annexes à l'Hospitalisation</i>			
<i>Consultations obligatoires préparatoires (chirurgien et anesthésiste)</i>			
<i>Chirurgie ambulatoire de jour</i>			
<i>Traitement du cancer (y compris chimiothérapie)</i>			
<i>Soins intensifs</i>			
<i>Greffe d'organe</i>			
<i>Traitement dentaire d'Urgence suite à un accident</i>			
<i>Transport local d'urgence par ambulance</i>			
<i>Auxiliaires médicaux</i>	100% des frais réels limités à \$ 25 par jour	100% des frais réels limités à \$ 50 par jour	100% des frais réels limités à \$ 50 par jour
<i>Honoraires des généralistes et spécialistes</i>			
<i>Analyses, radiologie, scanners</i>			
<i>Prothèses médicales</i>			
<i>Chambre particulière standard</i>			
<i>Lit d'accompagnement pour hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans</i>			
<i>Soins ambulatoires précédant et suivant hospitalisation (jusqu'à 30 jours avant et 90 jours suivant l'hospitalisation)</i>			
<i>Rééducation immédiatement suite à une hospitalisation</i>			
<i>Psychiatrie</i>			
<i>Hospitalisation à domicile</i>			
<i>En dehors de la zone de couverture (déplacement de 7 semaines maximum): hospitalisation suite à une Urgence</i>			
FRAIS MEDICAUX COURANTS	Non garanti	100% des frais réels	100% des frais réels
<i>Limite maximale par bénéficiaire par année civile</i>			
<i>Honoraires des généralistes et spécialistes</i>			
<i>Analyses, radiologie, scanners</i>			
<i>IRM (accord préalable)</i>			
<i>Médicaments Prescrits et Vaccins obligatoires</i>			
<i>Auxiliaires médicaux prescrits</i>			
<i>Kinésithérapie, chiropracteur, ostéopathe, homéopathe et acupuncteur (accord préalable)</i>			
<i>Orthophonie et orthoptie prescrites (accord préalable)</i>			
<i>Prothèses médicales prescrites (accord préalable)</i>			
<i>Bilan complet de santé (1 tous les 3 ans)</i>			
MATERNITÉ (accord préalable)	Non garanti	Non garanti	100 % des frais réels limités à \$ 4 000 par an
<i>Frais d'accouchement</i>			
DENTAIRE	Non garanti	Non garanti	\$ 1 000
<i>Limite maximale par bénéficiaire par année civile</i>			
<i>Soins dentaires</i>			
<i>Prothèses Dentaires, y compris inlays, onlays, implants (accord préalable)</i>			90% des frais réels limités à \$ 150/dent (maxi 4 dents)
OPTIQUE	Non garanti	Non garanti	90% des frais réels limités à \$ 150/an
<i>Verres, monture et lentilles prescrites</i>			