

ODYSSÉE By Santexpat.fr
Frais de santé

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat HA204027S
ODYSSÉE By Santexpat.fr

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	2
TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 – DÉFINITIONS	3
ARTICLE 3 – ADHÉSION AU CONTRAT	4
ARTICLE 4 – COTISATIONS	7
ARTICLE 5 – PRESCRIPTION	9
ARTICLE 6 – SUBROGATION	9
ARTICLE 7 – RÉCLAMATION – MÉDIATION	9
ARTICLE 8 – AUTORITÉ DE TUTELLE	9
ARTICLE 9 – SOUSCRIPTION A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	9
ARTICLE 10- DISPOSITIONS DIVERSES	10
TITRE II – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	12
ARTICLE 11 – DATE D’EFFET DES GARANTIES	12
ARTICLE 12 – CHOIX ET CHANGEMENT D’ÉTENDUE TERRITORIALE	13
ARTICLE 13 – BÉNÉFICIAIRES	13
ARTICLE 14 – CHOIX ET CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES	14
ARTICLE 15 – ACCORD PRÉALABLE	14
ARTICLE 16 – OBJET ET CONDITIONS DES GARANTIES	15
ARTICLE 17 – EXCLUSIONS	17
ARTICLE 18 – GESTION DES SINISTRES	19
ARTICLE 19 – CONTRÔLE MÉDICAL	21
ANNEXE – GARANTIES SANTÉ	22

PRÉAMBULE

Les présentes Conditions Générales référencées « CG / HA / ODYSÉE By Santexpat / FS / 11.20 » jointes aux Conditions Particulières constituent le contrat individuel frais de santé ODYSÉE By Santexpat.fr HA204027S.

Il est conclu entre :

Malakoff Humanis Assurances,

Société Anonyme, du groupe Malakoff Humanis, régie par le Code des Assurances au capital social de 23.565.660 € entièrement libéré, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le Siège social se situe 21 Rue Laffitte, 75009 Paris, France.

dénommée ci-après « **l’Assureur** »,

d’une part,

et

« **Le Souscripteur** » désigné aux Conditions Particulières et chargé de l'exécution du contrat,

d’autre part,

Conjointement dénommés « **les Parties** ».

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de garantir, en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) ou au 1^{er} euro, le remboursement ou la prise en charge des frais de santé engagés par les bénéficiaires, dans les limites fixées aux présentes Conditions Générales et précisées dans l'Annexe « Garanties Santé », selon le niveau de garanties choisi et mentionné aux Conditions Particulières.

Ces garanties sont complétées, de façon automatique par des garanties annexes composées de garanties d'assistance, d'assurance bagages et d'assurance de responsabilité civile (détaillées dans l'Annexe correspondante) souscrites auprès de :

INTER PARTNER ASSISTANCE, succursale France - RCS Nanterre 316 139 500 - 6 rue André Gide 92320 Châtillon- France - SA de droit belge - Entreprise d'assurance agréée par la Banque nationale de Belgique n°0487 - RPM Bruxelles 415 591 055 - 166 avenue Louise 1050 Bruxelles – Belgique, **agissant sous la marque AXA Partners**.

Ce contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires du Code des assurances français.

Toute modification au contrat sera constatée par voie d'avenant.

Il est précisé que l'adhésion ou l'affiliation à ce contrat ne dispense pas de cotiser aux régimes obligatoires du pays d'expatriation le cas échéant, y compris pour les pays appartenant à l'Espace Économique Européen.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

Accident : tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime constituant la cause du dommage. En application de l'article 1353 du Code civil français, il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

Bénéficiaire : le Souscripteur, et le cas échéant les membres de sa famille assurés au titre du contrat, tels que définis à l'article 13 du présent contrat.

CFE : Caisse des Français de l'Étranger.

Concubin : personne vivant en concubinage avec le Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 515-8 du Code civil français.

Conjoint : le conjoint du Souscripteur non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

Cotisation : somme payée par le Souscripteur en contrepartie des garanties accordées par le présent contrat.

Délai de carence : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Les délais de carence sont calculés par rapport à la date d'effet de l'adhésion du Souscripteur et/ou de l'affiliation de chacun des bénéficiaires et à la date des soins et non la date d'envoi du dossier de remboursement. Les cotisations sont dues pendant le délai de carence.

Echéance : date à laquelle le Souscripteur doit payer la cotisation ou une fraction de celle-ci.

Etranger : tout pays à l'exception de la France. Sont assimilés à l'étranger les COM, les POM et les TOM français.

Gestionnaire du contrat : Malakoff Humanis Assurances, via son service spécialisé dans la protection sociale des personnes en mobilité internationale.

Frais réels : ensemble des dépenses engagées par un bénéficiaire pour ses soins de santé.

France : France métropolitaine (Corse comprise) et DOM-ROM.

Maladie Inopinée : toute altération de la santé constatée par un praticien diplômé compétent, présentant un caractère soudain et imprévisible.

Partenaire lié par un PACS : la personne liée au Souscripteur par un Pacte Civil de Solidarité.

Pays d'origine : pays dans lequel est située la résidence principale et habituelle du Souscripteur avant son départ hors de France.

Praticien diplômé / établissement régulièrement autorisé par les autorités du pays : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine légalement reconnu dans le pays où elle exerce habituellement son activité professionnelle.

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

Sinistre : événement, maladie ou accident mettant en jeu les garanties prévues au présent contrat.

Souscripteur : personne physique qui souscrit le contrat et qui paie les cotisations.

Subrogation : action par laquelle l'Assureur se substitue dans les droits et actions des bénéficiaires contre l'éventuel responsable de dommages afin d'obtenir le remboursement des sommes que l'Assureur a réglé à la suite d'un sinistre.

ARTICLE 3 – ADHÉSION AU CONTRAT

3.1 Conditions d'adhésion

Est admissible à l'assurance, toute personne expatriée, âgée de moins de 60 ans à la date d'adhésion au présent contrat, **à l'exclusion de celle ayant le statut de retraité.**

Le Souscripteur doit remplir un bulletin d'adhésion qui doit être communiqué à l'Assureur au moins 15 jours avant la date d'effet souhaitée du contrat.

Le contrat peut être étendu, au moyen du bulletin d'adhésion, sous condition suspensive du paiement des cotisations afférentes et des justificatifs à apporter, aux membres de la famille du Souscripteur, dans les conditions définies à l'article 13 des présentes Conditions Générales.

Il est précisé que, si le Souscripteur est expatrié aux États-Unis d'Amérique, il ne peut souscrire qu'avant son départ de France.

Le bulletin d'adhésion, peut être rempli et communiqué à l'Assureur de façon dématérialisée. À cet effet, le Souscripteur devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de l'Assureur. Des moyens de sécurité sont mis en place pour garantir la confidentialité des données (cryptage, conditions d'accès sécurisées).

3.2 Formalités médicales

Les Bénéficiaires doivent compléter un questionnaire de santé, éventuellement effectuer des analyses et retourner tout autre document complémentaire demandé. Ces documents doivent être adressés à l'attention du médecin-conseil de l'Assureur sous pli confidentiel.

Le médecin-conseil peut demander aux Bénéficiaires d'effectuer des examens médicaux complémentaires et de lui adresser les résultats ainsi que toutes pièces médicales complémentaires nécessaires à l'instruction.

S'ils le souhaitent, les Bénéficiaires peuvent demander toute information au médecin-conseil qui leur répondra directement.

En fonction des conclusions du médecin-conseil, l'Assureur peut :

- accepter l'adhésion ou l'affiliation du ou des Bénéficiaires dans les conditions normales du contrat,
- proposer de nouveaux taux de cotisations ou un aménagement des garanties,
- refuser l'adhésion ou l'affiliation du ou des Bénéficiaires.

La carence des Bénéficiaires soumis aux formalités médicales sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au dernier domicile que connaît l'Assureur, ils n'ont pas satisfait à l'ensemble des formalités médicales réclamées.

En cas de carence des Bénéficiaires dans l'accomplissement de ces formalités médicales, n'ayant pas permis à l'Assureur d'apprécier le risque, et passé un délai de trente jours, l'Assureur leur adressera une lettre recommandée avec avis de réception les informant de son refus de l'adhésion ou de l'affiliation.

3.3 Obligations déclaratives du Souscripteur et/ou d'un bénéficiaire

3.3.1 À la souscription

Les déclarations faites sur le bulletin d'adhésion et sur le questionnaire de santé permettent à l'Assureur de statuer sur l'acceptation ou non du risque, sur le montant des cotisations et l'aménagement éventuel des garanties.

Le Souscripteur et/ ou les bénéficiaires s'engagent à effectuer des déclarations exactes.

3.3.2 En cours de contrat

Le Souscripteur et/ou les bénéficiaires s'engagent à informer l'Assureur dans les 15 jours suivant la date à laquelle ils en ont eu connaissance, de toute modification affectant une donnée du contrat (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu par l'Assureur produiront tous leurs effets).

Le Souscripteur s'engage à informer l'Assureur de toute modification relative à son affiliation à la Caisse des Français de l'Étranger, le cas échéant, et notamment de la radiation de son affiliation à celle-ci.

3.3.3 Conséquence du non-respect des obligations déclaratives

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur ou d'un bénéficiaire susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur ou le bénéficiaire a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Assureur et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Souscripteur ou le(s) Bénéficiaire(s) le cas échéant.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée avant la réalisation du risque l'Assureur peut :

- soit maintenir le contrat, moyennant une augmentation des cotisations acceptée par le Souscripteur,
- soit résilier le contrat dix jours après notification adressée au Souscripteur par lettre recommandée en restituant la fraction de cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée après la réalisation du risque, l'indemnité versée par l'Assureur est réduite en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion et, le cas échéant, de l'affiliation des bénéficiaires

3.4.1 L'adhésion du Souscripteur au présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, soit au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du dossier par l'Assureur ou, le cas échéant, le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de la majoration de la/des cotisation(s) ou l'aménagement des garanties par le Souscripteur et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Seule la date d'effet figurant sur les Conditions Particulières du contrat fait foi entre les Parties.

3.4.2 Le cas échéant, l'affiliation des bénéficiaires au présent contrat prend effet :

- en même temps que l'adhésion du Souscripteur lorsque les bénéficiaires figurent sur le bulletin d'adhésion et sous réserve de la présentation des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat ;
- dès réception d'une demande d'affiliation si celle-ci est consécutive à un changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance, adoption), sous réserve que la demande soit effectuée dans les soixante jours suivant la survenance de l'évènement en cas de mariage, conclusion d'un PACS ou concubinage, ou dans les six mois suivant la survenance de l'évènement en cas de naissance ou d'adoption et sous réserve de la présentation des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat ;
- le premier jour du mois civil qui suit la réception d'une demande d'affiliation accompagnée des pièces justificatives permettant de bénéficier du présent contrat, dans les cas non visés ci-avant.

Renonciation au contrat

Si le Souscripteur a souscrit à distance, il dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai court, soit à partir du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour de la réception des Conditions Particulières si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

Il expire le dernier jour à minuit et n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

L'adhésion au présent contrat ne produit ses effets qu'à l'expiration de ce délai de quatorze jours, sauf si le Souscripteur demande expressément son exécution à la date prévue aux Conditions Particulières en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

L'Assureur est tenu de rembourser au Souscripteur au plus tard dans les trente jours, suivant la date à laquelle le Souscripteur a communiqué sa volonté de renoncer, toutes les sommes perçues en application du contrat.

Pour exercer ce droit de renonciation, le Souscripteur doit adresser une lettre recommandée avec avis de réception à Malakoff Humanis Assurances, à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis Assurances, BP 30, 41914 Blois Cedex 9, France.

Le Souscripteur peut également exercer ce droit par envoi recommandé électronique.

Le Souscripteur peut utiliser le modèle de rédaction ci-après proposé :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à ma souscription au contrat ODYSÉE By Santexpat.fr HA204027S
Fait à, le.....
Signature ».

3.5 Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion

3.5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par l'Assureur ou le Souscripteur. La résiliation à l'initiative de l'Assureur s'effectue par lettre recommandée.

Le renouvellement s'effectue selon les éventuelles nouvelles conditions tarifaires et/ou de garanties, dont le Souscripteur sera tenu préalablement informé au plus tard deux mois avant sa date de renouvellement.

3.5.2 Cessation de l'adhésion

3.5.2.1 L'adhésion du Souscripteur au présent contrat cesse :

- **à l'initiative du Souscripteur :**
- au 31 décembre de chaque année, sous réserve que cette demande soit envoyée à l'Assureur au plus tard le 30 novembre.
- à tout moment, dans les conditions prévues à l'article L.113-16 du Code des assurances français.
- à effet du 1^{er} décembre 2020, à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription. La cessation de l'adhésion au contrat prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'Assureur de la notification du Souscripteur.

La notification de la dénonciation de l'adhésion peut être effectuée, au choix du Souscripteur :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'Assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Assureur confirme par écrit la réception de la notification.

Dans le cas où le Souscripteur souhaite dénoncer son adhésion au contrat afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci effectue pour le compte du Souscripteur souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes assureurs intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des Bénéficiaires durant la procédure.

La dénonciation par le Souscripteur de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent contrat, sauf dérogation par l'Assureur.

- **de plein droit :**
- à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie assurable telle que définie à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales, exception faite de son âge,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse française (CNAV) ou de tout autre régime de base obligatoire français et en tout état de cause à la date de liquidation d'une retraite complémentaire française ;
- en cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur. La résiliation sera effective le 40^e jour à compter de la publication au Journal Officiel du retrait de l'agrément,
- En cas de décès du Souscripteur, l'Assureur rembourse prorata temporis la partie de cotisation réglée, relative au Souscripteur, correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter de la date de l'évènement. Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés le cas échéant, continuent à être garantis pendant 3 mois civils à compter de la date de l'évènement, moyennant paiement des cotisations afférentes. À l'issue de cette période et dans les 3 mois qui suivent, le conjoint ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut demander à adhérer à titre personnel s'il remplit les conditions d'adhésion décrites à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales. Les formalités médicales ne seront pas applicables mais la précédente majoration de cotisation sera, le cas échéant, maintenue.
- **à l'initiative de l'Assureur :**
- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 4.2 des présentes Conditions Générales,
- en cas de refus de la part du Souscripteur d'une révision de cotisation dans les conditions décrites à l'article 4.5 des présentes Conditions Générales,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle du Souscripteur ou d'un bénéficiaire, constatée avant la réalisation du risque, dans les conditions décrites à l'article 3.3.3 des présentes Conditions Générales.
- à tout moment dans les conditions prévues à l'article L.113-16 du Code des assurances français.

Le Souscripteur qui est bénéficiaire du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion, à retourner à l'Assureur sa carte de tiers payant. La carte de tiers payant doit être envoyée à l'adresse du gestionnaire du contrat dans un délai de 15 jours à compter de la cessation de l'adhésion.

3.5.2.2 L'affiliation des autres bénéficiaires au présent contrat cesse :

- à la date de cessation de l'adhésion du Souscripteur, sauf en cas de décès du Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 3.5.2.1 des présentes Conditions Générales.

- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions pour être bénéficiaire telles que définies à l'article 13 des présentes Conditions Générales,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Souscripteur notifie la résiliation de l'affiliation du bénéficiaire au plus tard le 31 octobre de l'année selon les modalités prévues à l'article 3.5.2.1 des présentes Conditions Générales. La demande adressée à l'Assureur après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La cessation de l'adhésion ou de l'affiliation prive de tout droit à prestation le Souscripteur ou tout autre bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation. Par exception, si le bénéficiaire est hospitalisé à la date de cessation de l'adhésion ou de l'affiliation, l'Assureur accorde une prise en charge et/ou un remboursement des soins effectués au titre du poste hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique pendant les 3 jours suivant la date de cessation.

Le Bénéficiaire du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son affiliation, à retourner à l'Assureur sa carte de tiers payant. La carte de tiers payant doit être envoyée à l'adresse du gestionnaire du contrat dans un délai de 15 jours à compter de la cessation de l'affiliation.

ARTICLE 4 - COTISATIONS

4.1 Paiement des cotisations

Les cotisations doivent être réglées, d'avance, en euro, trimestriellement, par le Souscripteur.

Elles sont payables, notamment par prélèvement automatique, dans les 10 jours qui suivent l'échéance. Les moyens de paiement doivent être libellés exclusivement au nom de l'Assureur.

Le Souscripteur s'engage formellement à payer ses cotisations selon cette périodicité. Cette obligation n'est pas subordonnée à la réception par le Souscripteur d'un avis d'échéance émis par l'Assureur.

Par dérogation à ce qui précède, les cotisations peuvent être payées par une entreprise mandataire désignée par le Souscripteur.

Cette entreprise, employant le Souscripteur salarié expatrié, peut être désignée en tant que mandataire responsable du versement des cotisations dues aux échéances au titre du présent contrat.

L'Assureur met à la disposition du Souscripteur un formulaire type « Désignation de l'entreprise mandataire ». Le Souscripteur ou l'entreprise mandataire doit remettre à l'Assureur le formulaire dûment rempli et signé et y joindre un extrait Kbis (ou équivalent) datant de moins de 3 mois.

Par la signature du mandat, l'entreprise mandataire s'engage à :

- effectuer le paiement des cotisations aux échéances prévues,
- informer l'Assureur en cas de cessation d'activité du Souscripteur (et notamment en cas de rupture du contrat de travail ou départ en retraite),
- informer l'Assureur de toute modification de situation ayant des conséquences directes sur la bonne poursuite du mandat.

Lorsque l'adhésion au contrat est résiliée dans les conditions prévues à l'article 3.5.2.1, le Souscripteur n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au contrat.

4.2 Non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions légales (art. L.113-3 du Code des assurances français), à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adressera au Souscripteur, ou à l'entreprise mandataire désignée dans les conditions de l'article 4.1, responsable du paiement des cotisations, une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Le contrat sera suspendu à l'expiration d'un délai de 30 jours, à compter du lendemain à 0 heure de la date d'envoi de la mise en demeure.

Le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai de dix jours, au-delà du trentième jour, et ce sans autre avis de l'Assureur.

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'entreprise mandataire désignée dans les conditions prévues à l'article 4.1, l'Assureur informe le Souscripteur du contrat de la défaillance de paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de l'échéance du paiement.

En tout état de cause, les cotisations impayées restent dues, dans leur intégralité, à l'Assureur qui peut procéder à leur recouvrement par tout moyen à sa convenance.

Le contrat suspendu reprend ses effets pour l'avenir à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension des garanties.

Les dépenses engagées pendant la période de suspension des garanties ne pourront donner lieu à remboursement au titre du présent contrat, même après règlement de la cotisation.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, qu'il soit partiel ou total, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse du Souscripteur, acceptée par courrier de l'Assureur, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

4.3 Montant des cotisations

Le montant des cotisations est fixé aux Conditions Particulières.

Les cotisations sont déterminées en fonction :

- de la couverture choisie : complément CFE ou 1^{er} euro
- du niveau de garanties souscrit,
- de la zone géographique choisie,
- de la tranche d'âge du Souscripteur et le cas échéant des autres bénéficiaires à la date d'effet du contrat, ou à la date d'effet de l'affiliation du bénéficiaire si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat,
- le cas échéant, des réponses apportées au questionnaire de santé de chaque bénéficiaire, dans les conditions décrites à l'article 3.2 des présentes Conditions Générales.

4.4 Indexation du montant des cotisations

En cas de modification du niveau de garantie souscrit à l'adhésion ou en cas de changement de zone géographique faisant suite à une demande du Souscripteur, il sera tenu compte pour le calcul des cotisations, de la tranche d'âge du Souscripteur et le cas échéant, des autres bénéficiaires, à la date de prise d'effet de ladite modification.

En cours de contrat le montant de la cotisation varie automatiquement au 1^{er} janvier qui suit un changement de tranche d'âge du Souscripteur et le cas échéant, des autres bénéficiaires. Cette évolution est automatique. Elle s'impose au Souscripteur sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au présent contrat.

4.5 Révision des cotisations et/ ou des garanties

Le contrat peut être modifié en cas d'évolution réglementaire ou d'évolution des résultats.

4.5.1 Le montant des cotisations et/ou les garanties sont réexaminés par l'Assureur en fin d'année et peuvent être modifiés en fonction des résultats du contrat.

La modification doit être notifiée au Souscripteur au plus tard deux mois avant la date du renouvellement. Elle prend effet à la date de renouvellement du contrat.

En cas de désaccord, le Souscripteur doit en aviser l'Assureur au plus tard un mois avant la date du renouvellement, ce refus entraînant la résiliation du contrat le dernier jour de l'année.

À défaut de manifestation dans le délai imparti, le Souscripteur est réputé avoir accepté la modification.

Lorsque le Souscripteur a désigné une entreprise mandataire pour payer les cotisations, celui-ci communique la copie de l'avenant modificatif à l'entreprise mandataire afin qu'elle puisse prendre connaissance des dispositions relatives aux cotisations.

4.5.2 Le montant des cotisations et/ ou les garanties peuvent également être **modifié à tout moment** par l'Assureur en fonction de **l'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de protection sociale de base.**

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification. Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée ci-dessus, le Souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'Assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 3.5.2.1 des présentes Conditions Générales. L'adhésion au contrat est alors résiliée dans les dix (10) jours suivants la notification de la résiliation.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification de l'Assureur, l'Assureur considérera que le Souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date mentionnée sur la notification de la modification.

ARTICLE 5 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action d'un bénéficiaire ou du Souscripteur contre l'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 le bénéficiaire ou le Souscripteur ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. Ces dernières sont prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil français, à savoir :

- la demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- l'acte d'exécution forcé ;
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressé par le bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Lorsque le Bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1^{er} alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

ARTICLE 6 - SUBROGATION

L'Assureur qui a versé à un bénéficiaire des prestations ayant un caractère indemnitaire, est subrogé, jusqu'à concurrence de cette prestation, dans les droits et actions du bénéficiaire ou de ses ayants droit contre le tiers responsable.

Il est précisé que lorsque du fait de la victime ou de ses ayants droit, l'Assureur n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'Assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer du bénéficiaire, sauf cas de malveillance commise par une de ces personnes.

ARTICLE 7 - RÉCLAMATION - MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le Souscripteur et/ou les Bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le Souscripteur et/ou les Bénéficiaires peuvent, s'adresser au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50010, 75441 Paris Cedex 09 France, <http://www.mediation-assurance.org> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

ARTICLE 8 - AUTORITÉ DE TUTELLE

L'Assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège social est situé 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09, France.

ARTICLE 9 – SOUSCRIPTION A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

9.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de commercialisation à distance

La souscription du contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le candidat à la souscription, dont le coût est à sa charge.

9.2 Langue utilisée

Les parties conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat.

9.3 Loi applicable

Le Souscripteur et l'Assureur décident expressément que le présent contrat, les obligations qui en découlent ainsi que les rapports entre l'Assureur, le Souscripteur et ses Bénéficiaires sont régis par les dispositions constitutionnelles, législatives et réglementaires françaises.

9.4 Fonds de garantie

Le Souscripteur est informé par la présente disposition de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L.423-1 et suivants du Code des assurances français.

ARTICLE 10- DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les bénéficiaires sont informés par l'Assureur, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à : dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- le cas échéant, l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le souscripteur et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription du souscripteur et/ou des bénéficiaires sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).
- la proposition aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, à la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à la situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle des bénéficiaires, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, lorsque le contrat intervient en complément de la Caisse des Français de l'Étranger, Malakoff Humanis, en sa qualité d'organisme d'assurance utilise le numéro d'immatriculation de la Caisse des Français de l'Étranger, ou, le cas échéant, le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, la CFE, lorsque le contrat intervient en complément de celle-ci, Axa Partners, le cas échéant, pour les garanties Assistance, Assurance Bagages et Responsabilité civile, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité de celui-ci, exclusivement aux fins de la passation, de la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Dans la mesure où les données seraient amenées à être transférées en dehors de l'Union Européenne et dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'engage à prendre toutes les garanties juridiques appropriées pour encadrer le transfert.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis, le cas échéant, la CFE, Axa Partners et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer les bénéficiaires en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les bénéficiaires disposent également du droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes de leurs données à caractère personnel, de limiter le traitement dont elles font l'objet et du droit à la portabilité de celles-ci dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur le site internet de Malakoff Humanis via les formulaires mis à disposition, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Le ou les Bénéficiaires peuvent également écrire à la CFE, lorsque le contrat intervient en complément de celle-ci : Monsieur le Directeur de la CFE – 160, Rue des Meuniers – CS 70238 Rubelles – 77052 Melun Cedex et, le cas échéant, à Axa Partners : Délégué à la protection des données – 6, Rue André Gide – 93320 Chatillon ou par e-mail : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse

suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

10.2 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales, y compris les Annexes,
- les Conditions Particulières,
- les avenants et lettres avenants.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Générales et celles des Conditions Particulières, ce sont celles qui figurent dans les Conditions Particulières qui l'emportent.

Les titres des articles du contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

TITRE II – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 11 – DATE D'EFFET DES GARANTIES

11.1 Date d'effet des garanties concernant le Souscripteur

11.1.1 Concernant les couvertures en complément de la CFE

11.1.1.1 Droits ouverts auprès de la CFE

Les garanties prennent effet dès la date d'effet de l'adhésion au présent contrat dès lors que :

- les droits du Souscripteur sont ouverts auprès de la CFE pour la garantie « Maladie-Maternité »,
- le Souscripteur justifie avoir bénéficié immédiatement avant la date d'effet de l'adhésion de garanties frais de santé équivalentes à celles de la formule choisie du présent contrat. Cette condition est soumise à l'étude par l'Assureur des garanties souscrites antérieurement et à la délivrance d'une attestation d'affiliation en cours de validité ou d'un certificat attestant que la radiation du précédent contrat date de moins de 3 mois.
- les remboursements ou la prise en charge des frais de santé sont la conséquence directe d'un accident dûment prouvé, survenu après la date d'effet de l'adhésion au présent contrat.

Dans tous les autres cas, les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat après application d'un délai de carence de :

- 6 mois pour les appareillages ; les soins, prothèses et implants dentaires ; l'orthodontie ; les cures thermales et les frais d'optique.
- 3 mois pour les autres frais.

11.1.1.2 Droits non ouverts auprès de la CFE :

Si le Souscripteur se voit appliquer un délai de carence par cette caisse pour ouvrir droit à la garantie « Maladie-Maternité », les garanties prennent effet au 1^{er} euro, pendant ce délai de carence, dès la date d'effet de l'adhésion au présent contrat dès lors que sont remplies les deux conditions cumulatives suivantes :

- la demande d'adhésion au présent contrat est concomitante à la date d'adhésion auprès de la CFE,
- le Souscripteur demande le remboursement ou la prise en charge de frais de santé qui sont la conséquence directe d'un accident dûment prouvé, survenu après la date d'effet de l'adhésion.

Dans tous les autres cas, **les garanties prennent effet dès l'ouverture des droits auprès de la CFE.**

11.1.2 Concernant les couvertures au 1er euro :

Les garanties prennent effet dès la date d'effet de l'adhésion au présent contrat dès lors que :

- le Souscripteur justifie avoir bénéficié immédiatement avant la date d'effet de l'adhésion de garanties frais de santé équivalentes à celles de la formule choisie du présent contrat. Cette condition est soumise à l'étude par l'Assureur des garanties souscrites antérieurement et à la délivrance d'une attestation d'affiliation en cours de validité ou d'un certificat attestant que la radiation du précédent contrat date de moins de 3 mois.
- les remboursements ou la prise en charge des frais de santé sont la conséquence directe d'un accident dûment prouvé, survenu après la date d'effet de l'adhésion au présent contrat.

Dans tous les autres cas, les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat après application d'un délai de carence de :

- 6 mois pour les appareillages ; les soins, prothèses et implants dentaires ; l'orthodontie ; les cures thermales et les frais d'optique.
- 3 mois pour les autres frais.

11.2 Date d'effet des garanties concernant les autres bénéficiaires

Les garanties prennent effet :

(Sous réserve que les droits soient ouverts à la CFE lorsque la couverture intervient en complément de cette caisse) :

- en même temps que celles du Souscripteur lorsque les bénéficiaires figurent sur le bulletin d'adhésion au moment de la souscription du contrat et sous réserve de la présentation des pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire,
- dès l'acceptation par l'Assureur de la demande d'affiliation si celle-ci est consécutive à un changement de situation maritale (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage) sous réserve que la demande soit effectuée dans les 60 jours suivant le mariage, la conclusion d'un PACS ou le concubinage,
- dès l'acceptation par l'Assureur de la demande d'affiliation si le bénéficiaire justifie avoir bénéficié immédiatement avant la date d'affiliation, de garanties frais de santé équivalentes à celles de la formule choisie du présent contrat. Cette condition est soumise à l'étude par l'Assureur des garanties souscrites antérieurement et à la délivrance d'une attestation d'affiliation en cours de validité ou d'un certificat attestant que la radiation du précédent contrat date de moins de 3 mois.

- dès l'acceptation par l'Assureur de la demande d'affiliation si le bénéficiaire demande le remboursement ou la prise en charge de frais de santé qui sont la conséquence directe d'un accident dûment prouvé, survenu après la date d'effet de l'affiliation,
- dès le jour de la naissance ou de l'adoption sous réserve que la demande soit effectuée dans les 6 mois suivant la naissance ou l'adoption de l'enfant.

Dans tous les autres cas, les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'affiliation du bénéficiaire au présent contrat après application d'un délai de carence de :

- 6 mois pour les appareillages ; les soins, prothèses et implants dentaires ; l'orthodontie ; les cures thermales et les frais d'optique.
- 3 mois pour les autres frais.

En cas de couverture en complément de la CFE, si le bénéficiaire se voit appliquer un délai de carence par cette caisse pour ouvrir droit à la garantie « Maladie-Maternité », les garanties prennent effet dans les conditions énoncées à l'article 11.1.1.2.

ARTICLE 12 – CHOIX ET CHANGEMENT D'ÉTENDUE TERRITORIALE

12.1 Le Souscripteur déclare à l'Assureur son pays d'expatriation au moment de la souscription du contrat sur le Bulletin d'Adhésion.

Les garanties produisent leurs effets dans la zone géographique choisie par le Souscripteur, dont fait partie son pays d'expatriation, et indiquée aux Conditions Particulières.

- Zone France
- Zone 1 : Monde entier sauf l'Arabie Saoudite, l'Australie, le Bahreïn, la Biélorussie, le Brésil, la Chine, les Emirats-Arabis Unis, l'Espagne, la Grande Bretagne, la Grèce, Hong Kong, l'Irlande, Israël, l'Italie, le Liban, la Nouvelle Calédonie, la Nouvelle Zélande, le Portugal, le Qatar, la Russie, Singapour, le Canada, les États-Unis, le Japon, la Suisse et les Bahamas.
- Zone 2 : Monde entier sauf le Canada, les États-Unis, le Japon, la Suisse et les Bahamas.
- Zone 3 : Monde entier sauf les États-Unis.
- Zone 4 : Monde entier.

Concernant les couvertures en complément de la CFE : il est précisé que la Zone France est réservée exclusivement aux Bénéficiaires de l'offre « FrancExpat » auprès de la CFE.

Il est également précisé que le Souscripteur qui bénéficie de l'offre « FrancExpat » auprès de la CFE, ne peut choisir que la Zone France.

Uniquement pour les Souscripteurs ayant choisi la Zone 1, 2, 3 ou 4 :

- les garanties produisent également leurs effets en France et dans le pays d'origine du Souscripteur, si ce pays fait partie de la zone géographique choisie, lors de séjours n'excédant pas 90 jours consécutifs et dans la limite de 180 jours par an.
- les frais engagés hors de la zone géographique choisie sont pris en charge s'ils sont exposés :
 - lors d'un déplacement professionnel uniquement pour le Souscripteur,
 - lors d'autres déplacements d'une durée inférieure à 30 jours en continu pour les seuls frais consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée tels que définis à l'article 2 des présentes Conditions Générales pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

12.2 Le Souscripteur peut demander à modifier la zone géographique choisie, en cas de changement de pays d'expatriation, **sous réserve d'en faire la demande dans les 15 jours avant la date souhaitée de modification et de la fourniture de tout justificatif prouvant ce changement.**

La modification prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de la demande par l'Assureur.

Si le Souscripteur réside ou séjourne aux États-Unis d'Amérique, la demande doit se faire impérativement avant l'arrivée sur ce territoire. À défaut, la demande ne pourra être acceptée par l'Assureur.

ARTICLE 13 – BÉNÉFICIAIRES

Peuvent bénéficier des présentes garanties :

Pour les couvertures en complément de la CFE :

- le Souscripteur,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin bénéficiant de la CFE,
- ses enfants, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS, ou de son concubin s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - Être à charge du Souscripteur au sens de la CFE,

- Être atteints, quel que soit leur âge, d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire,
- Être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé et bénéficier à titre personnel de la CFE.

Pour les couvertures au 1^{er} euro :

- le Souscripteur,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin, à charge financière du Souscripteur et qui vit avec ce dernier dans le pays d'expatriation,
- ses enfants, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS, ou de son concubin s'ils vivent avec le Souscripteur dans le pays d'expatriation et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - Être à charge financière du Souscripteur et être âgés de moins de 20 ans,
 - Être atteint, quel que soit leur âge, d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire,
 - Être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

Concernant la dernière condition, les enfants sont considérés comme étant à charge :

- jusqu'à la fin du trimestre civil de la fin des études ;
- jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 28^e anniversaire ; ou, jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 28^e anniversaire.

ARTICLE 14 - CHOIX ET CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES

14.1 Plusieurs niveaux de garanties sont laissés au choix du Souscripteur, lors de l'adhésion au contrat.

Ils figurent en Annexe « Garanties Santé » des présentes Conditions Générales.

Le niveau effectivement choisi par le Souscripteur est précisé aux Conditions Particulières. Il s'applique obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires définis à l'article 13 des présentes Conditions Générales.

14.2 Le Souscripteur peut, s'il le désire, changer de niveau de garanties en cours d'adhésion uniquement tous les 2 ans, par demande adressée par lettre recommandée, au plus tard le 31 octobre de l'année précédant la prise d'effet du changement.

Le changement prend effet au plus tôt le 1^{er} janvier qui suit.

14.3 Toutefois, en cas de changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, dissolution du PACS, séparation, décès du conjoint, du partenaire lié par un PACS, du concubin ou d'un enfant), le Souscripteur peut demander à changer de niveau de garanties sur justificatif. La demande de modification est examinée par l'Assureur pour traitement. En cas d'acceptation de la part de l'Assureur, le changement de niveau de garanties prend effet au jour du changement de la situation de famille dès lors que le Souscripteur a effectué sa demande de changement dans les 3 mois suivant l'évènement y ouvrant droit et que l'ensemble des justificatifs a été fourni. À défaut, le changement de niveau de garanties prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

14.4 Le changement de niveau de garanties donne lieu à l'établissement d'un avenant adressé par l'Assureur au Souscripteur.

Par dérogation à ce qui précède, le Souscripteur qui réside ou séjourne aux États-Unis d'Amérique ne peut pas changer de niveau de garanties en cours d'adhésion tant qu'il est sur ce territoire.

ARTICLE 15 – ACCORD PRÉALABLE

Plusieurs prestations donnent lieu à accord préalable de prise en charge, il s'agit de :

- l'hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique,
- les frais d'accouchement,
- les appareillages,
- les prothèses et implants dentaires,
- l'orthodontie,
- les cures thermales.

Deux possibilités sont mises à disposition du Bénéficiaire pour faire parvenir sa demande d'accord préalable :

- la demande d'accord préalable peut être effectuée par voie postale à l'adresse du gestionnaire du contrat,
- la demande de remboursement peut être effectuée par voie dématérialisée, dans l'espace client des Assurés, accessible sur le site www.malakoffhumanis.com via la rubrique « mon compte ».

Il est précisé que pour les demandes relatives à une hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique ou aux frais d'accouchement, le praticien médical doit compléter, dater et signer le formulaire « demande d'accord préalable », mis à disposition du bénéficiaire par l'Assureur.

Le formulaire, accompagné de toute pièce médicale utile à l'étude de la demande (rapport médical, prescription médicale...) doit impérativement être transmis au service médical de l'Assureur au plus tard 10 jours avant la date d'admission du bénéficiaire à l'hôpital.

En cas d'hospitalisation d'urgence, le bénéficiaire ou l'établissement hospitalier devra contacter au plus vite AXA Partners aux coordonnées figurant sur la carte remise au Souscripteur lors de son adhésion.

Dans tous les cas, le bénéficiaire devra fournir à l'Assureur un devis détaillé indiquant le montant des frais de séjours et des honoraires médicaux ou chirurgicaux.

Dans l'hypothèse où le séjour hospitalier excède la durée prévue initialement ou si la nature du traitement évolue, le bénéficiaire devra renouveler sa demande d'accord préalable en faisant parvenir au service médical de l'Assureur, le plus rapidement possible un rapport médical précisant :

- Le diagnostic initial,
- Les traitements réalisés lors de l'hospitalisation initiale,
- Les traitements nécessaires lors de la prolongation de l'hospitalisation,
- La durée de la prolongation du séjour à l'hôpital.

Les soins pour lesquels la demande d'accord préalable nécessaire n'a pas été effectuée, a été effectuée dans des conditions ne respectant pas les dispositions précitées ou a été refusée, restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

Les accords préalables sont établis pour des périodes maximales de six mois.

Les soins engagés relevant d'un accord préalable ne seront plus pris en charge à compter de la date de cessation des garanties.

ARTICLE 16 – OBJET ET CONDITIONS DES GARANTIES

Les présentes garanties ont pour objet le remboursement ou la prise en charge en complément de la CFE ou au 1^{er} euro des frais de santé exposés par le Souscripteur ou le cas échéant les bénéficiaires du contrat.

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 17 des Conditions Générales, sont pris en charge au titre du présent contrat d'assurance les prestations, services et fournitures qui sont médicalement indispensables :

- au diagnostic et au traitement d'une pathologie médicale ou chirurgicale,
- au diagnostic et au suivi obstétrical,
- à la prévention, correction et rétablissement de l'état de santé.

Seuls donnent lieu à remboursement ou prise en charge, les soins effectués à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation du bénéficiaire concerné et pendant la période d'effet des garanties, sous réserve des dispositions prévues à l'article 3.5.2 des présentes Conditions Générales.

Aucune restriction n'est imposée quant au choix d'un médecin, d'un hôpital etc. à condition qu'il s'agisse d'un praticien diplômé et/ou d'un établissement régulièrement autorisé. Cependant, l'Assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes à ce qui prévaut généralement en matière de coût moyen dans le pays où le patient est traité et dans tous les cas à ce qui est raisonnable.

De même, la durée d'hospitalisation ne devra pas excéder la durée moyenne habituelle nécessaire en France à un même acte ou un même service.

Le coût « USUEL et RAISONNABLE », défini par l'Assureur sur la base d'un ou plusieurs devis contradictoire(s), est le montant le plus bas entre le coût demandé par le fournisseur et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des fournisseurs de niveau professionnel équivalent.

Le montant des prestations versées par l'Assureur ne peut excéder les frais restants à la charge du bénéficiaire, déduction faite des éventuels remboursements effectués par tout organisme de base ou complémentaire dont relèverait le bénéficiaire.

Peuvent donner lieu à un remboursement ou une prise en charge, selon les modalités prévues au contrat, les frais suivants :

Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique

Lorsqu'un bénéficiaire est hospitalisé, **en dehors de toutes consultations externes et/ou traitements médicaux ambulatoires**, le contrat garantit une prise en charge :

- soit directe de l'Assureur,
- soit par remboursement du bénéficiaire si ce dernier était dans l'impossibilité d'effectuer la demande de prise en charge, si cette demande a fait l'objet d'un refus de la part de l'établissement hospitalier.

Les dépenses couvertes dans le cadre d'une hospitalisation peuvent comprendre :

- les honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoires,
- les frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale français et spécialités pharmaceutiques),
- l'hospitalisation à domicile,
- le forfait journalier hospitalier en France,
- la chambre particulière,
- le forfait accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans.

Pour être prises en charge au titre du présent contrat, les hospitalisations en France doivent être réalisées dans des établissements conventionnés avec la Sécurité Sociale française.

Pour toute hospitalisation, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard au 180^e jour suivant.

L'Assureur prend en charge les séjours en psychiatrie dès le 1^{er} jour d'hospitalisation dans la limite de 30 jours par an.

L'Assureur prend en charge le forfait accompagnant d'un enfant de 12 ans dans la limite de 30 jours par an.

Pour tout séjour en maison de repos, de convalescence ou en établissement de soins de suite faisant suite à une hospitalisation chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour du séjour et cesse, au plus tard au 30^e jour suivant.

Frais de transport

Les dépenses couvertes comprennent les frais de transport d'urgence en ambulance ou en véhicule sanitaire jusqu'à l'établissement de santé approprié.

Pratiques médicales courantes

Les dépenses couvertes peuvent comprendre :

- les consultations médicales et les visites de praticien,
- les médicaments, vaccins ou remèdes prescrits médicalement,
- l'imagerie médicale, les analyses médicales,
- les actes de spécialité : actes techniques médicaux, actes de chirurgie et actes d'anesthésie,
- la Procréation Médicalement Assistée, dans la limite de 4 tentatives pour toute la durée du contrat,

Pendant les douze premiers mois révolus à compter de l'adhésion ou de l'affiliation du bénéficiaire de la prestation, la Procréation Médicalement Assistée n'est pas prise en charge au titre du présent contrat.

- les actes en série prescrits médicalement, dispensés par des auxiliaires médicaux.

Frais dentaires

Les dépenses couvertes peuvent comprendre :

- les soins dentaires,
- les prothèses dentaires (couronnes, inlays, bridge et appareils amovibles) et les implants dentaires,
- l'orthodontie (traitement entrepris avant le 16^e anniversaire de l'enfant).

Appareillage

Les dépenses couvertes peuvent comprendre les prothèses orthopédiques, médicales et auditives.

Optique

Les dépenses couvertes peuvent comprendre :

- les verres et montures,

Le remboursement de l'Assureur est limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas d'évolution de la dioptrie.

Le calcul de la période de deux ans est apprécié par année civile.

- les lentilles prises en charge ou non par la CFE.

Maternité

Les dépenses couvertes au titre de ce poste sont les frais d'accouchement, ce qui comprend :

- les honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoires,
- les frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations remboursables prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale français et spécialités pharmaceutiques),
- la chambre particulière.

Les hospitalisations liées à la maternité mais non liées à l'accouchement sont prises en charge au titre du poste « Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique ».

Les autres frais liés au risque Maternité tels que soins pré et postnatals, échographies, analyses diverses et kinésithérapie après accouchement sont remboursés au titre des différents postes de garanties énumérés ci-dessus.

Cette garantie s'applique uniquement au Souscripteur ou à la conjointe, partenaire liée par un PACS ou concubine du Souscripteur.

Conformément aux dispositions des articles 1964 du Code civil français et L.121-15 du Code des assurances français, seules seront prises en charge au titre du présent contrat les grossesses dont la date d'estimation du début de grossesse est située postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation de la bénéficiaire de la prestation.

Médecine alternative

Les dépenses couvertes peuvent comprendre : les actes effectués par les homéopathes, les ostéopathes, les chiropracteurs, les acupuncteurs, les podologues et les diététiciens.

Cures thermales

Les dépenses couvertes peuvent comprendre les frais de transport et d'hébergement liés à une cure thermale prise en charge par la CFE ou qui aurait été prise en charge par la Sécurité sociale française pour les couvertures au 1^{er} Euro.

Service de téléconsultation médicale

L'Assureur propose aux bénéficiaires l'accès à un service de téléconsultation médicale, dans les conditions et selon les modalités décrites à l'Annexe dénommée « Annexe au contrat - Conditions Générales d'Utilisation médicale » (référéncées « CGU Téléconsultation Expatriés / Détachés 01.2017 »).

ARTICLE 17 - EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge au titre du présent contrat :

- **Les frais qui ne sont pas pris en charge par la CFE ou qui n'auraient pas été pris en charge par la Sécurité Sociale française pour les couvertures au 1^{er} euro, y compris les franchises médicales et la participation forfaitaire, à l'exclusion de tous les frais expressément garantis au titre du présent contrat selon le niveau de garanties choisi (chambre particulière ; forfait journalier hospitalier en France ; forfait accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans ; implants dentaires ; lentilles ; médecine alternative, téléconsultation).**
- **Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'accord préalable nécessaire n'a pas été effectuée, a été effectuée dans des conditions ne respectant pas les dispositions contractuelles ou a été refusée.**
- **Les actes effectués par tout praticien non titulaire d'un diplôme de médecine légalement reconnu dans le pays dans lequel il exerce habituellement son activité professionnelle et/ou les actes effectués au sein d'un établissement non régulièrement autorisé par les autorités du pays.**
- **Les conséquences directes ou indirectes des faits intentionnels du bénéficiaire :**
 - **suicide, tentative de suicide, automutilation,**
 - **participation active à une guerre, un acte de terrorisme, une agitation civile ou à tout autre acte illégal passible d'emprisonnement, des rassemblements, des manifestations sur la voie publique, des mouvements populaires, des rixes, des jeux et des paris.**
- **les sinistres consécutifs à un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'accident, le bénéficiaire avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux d'alcool défini dans le Code de la route français pour la conduite d'un véhicule.**
- **Les sinistres qui résultent d'usage de tous produits toxiques ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale, délivrée au Bénéficiaire et valable à la date de l'évènement.**
- **Les conséquences de tous les sports pratiqués à titre professionnel.**
- **Les conséquences des sports ou activités de loisirs suivants : le saut à ski, l'alpinisme, le ski nautique, la plongée ou la pêche sous-marine au-delà de 20 mètres, la chasse, les sports de combat ou arts martiaux non pratiqués dans un club, le canyoning et le rafting.**
- **Les conséquences des risques aériens se rapportant à :**
 - **des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids,**

- des vols d'essai, vols sur prototype,
 - des vols effectués avec un deltaplane ou un engin Ultra Léger Motorisé (ULM),
 - des sauts effectués avec un élastique, un parachute, un parapente ou un wingsuit,
 - des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel si le matériel ou le vol ou le saut ne sont pas homologués,
 - des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides.
- Les conséquences de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, de courses de vitesse, démonstrations ou acrobaties.
 - Les frais de traitement esthétique ou de chirurgie réparatrice non consécutifs à un accident ou une pathologie survenus pendant la période d'assurance du présent contrat, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement.
 - Les cures de désintoxication de quelque nature qu'elles soient.
 - Les frais liés aux traitements pour stérilisation et réversibilité de stérilisation, changement de sexe, transformations, dysfonctions ou anomalies sexuelles.
 - Les frais relatifs à la gestation pour autrui, que le bénéficiaire soit la mère porteuse ou le parent d'accueil.
 - Toute complication découlant ou survenue pendant et après le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de faits exclus du contrat.
 - Tous les frais engagés lors de voyages à l'étranger effectués dans un but de diagnostic/traitement.
 - Les séjours en maison de repos, de convalescence en établissement de soins de suite au-delà de 30 jours consécutifs.
 - Les séjours en maison de repos, de convalescence en établissement de soins de suite ne faisant pas suite à une hospitalisation chirurgicale.
 - Les cures de thalassothérapie ou de diététique.
 - Les séjours en établissement de post-cure, de rééducation professionnelle, d'éducation professionnelle, en section d'éducation et d'enseignement spécialisés, en maison d'enfants à caractère sanitaire.
 - La Procréation Médicalement Assistée pendant les douze premiers mois révolus suivant la prise d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation du bénéficiaire de la prestation.
 - La Procréation Médicalement Assistée au-delà de la quatrième tentative.
 - Les traitements d'orthodontie entrepris au-delà du 16^e anniversaire de l'enfant et les traitements d'orthodontie entrepris par les adultes.
 - Les frais afférents aux bilans de santé.
 - Les traitements d'aide à l'arrêt du tabac.
 - Les frais liés à une hospitalisation en France réalisée dans un établissement non conventionné avec la Sécurité Sociale française.
 - Les frais liés à une hospitalisation psychiatrique au-delà de 30 jours par an.
 - Les frais liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale au-delà de 180 jours continus.
 - Le forfait accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans au-delà de 30 jours par an.
 - Les frais liés une grossesse dont la date d'estimation de début de grossesse est antérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation de la bénéficiaire de la prestation,
 - Les frais liés à des consultations externes en psychologie, psychothérapie et psychanalyse et plus généralement aux maladies mentales et nerveuses.
 - Tout acte effectué en France et pris en charge par des dotations d'État français, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque le régime de base a procédé à tort au remboursement. À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR) en France.
 - Tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale.

À ces exclusions, s'ajoutent pour le niveau de garanties ODYSSEE 2, les exclusions suivantes : le forfait accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans, la Procréation Médicalement Assistée, les frais de cure thermale, les frais d'orthodontie et la médecine alternative.

À ces exclusions, s'ajoutent pour le niveau de garanties ODYSSEE 3, les exclusions suivantes : les frais de cure thermale, les frais d'orthodontie et la médecine alternative.

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 18 – GESTION DES SINISTRES

18.1 Procédure de Tiers Payant hospitalier

18.1.1 En cas d'hospitalisation à l'étranger :

- **dans le cadre d'une hospitalisation d'urgence** le bénéficiaire ou l'établissement hospitalier devra contacter au plus vite AXA Partners aux coordonnées figurant sur la carte remise au Souscripteur lors de son adhésion. La prise en charge directe des frais sera effectuée dans les conditions prévues à l'article relatif à « l'Avance de frais médicaux à l'Étranger » de l'Annexe « Garanties d'Assistance, Assurance bagages et responsabilité civile ».
- **dans le cadre d'une d'hospitalisation programmée et sous réserve du respect des dispositions relatives à la demande d'accord préalable**, le bénéficiaire ou l'établissement hospitalier devra contacter au plus vite le gestionnaire du contrat pour permettre la réalisation de la prise en charge directe des frais auprès de l'établissement hospitalier et indiquer notamment les informations suivantes :
 - Les coordonnées exactes de l'établissement hospitalier,
 - Le service d'admission,
 - La date d'admission ainsi que la durée prévue du séjour.

Toutefois, malgré toutes les dispositions mises en œuvre, il est possible, dans certains pays, qu'un hôpital refuse la prise en charge directe. Dans ce cas le bénéficiaire devra régler la facture et la transmettre au gestionnaire du contrat pour remboursement.

Pour les couvertures en complément de la CFE, si l'hospitalisation est effectuée dans un établissement non conventionné avec la CFE, l'Assureur effectuera, dans le cadre des accords de guichet unique conclus avec cette dernière, une seule prise en charge auprès de l'établissement, intégrant la part CFE.

Si les soins réalisés ne sont pas entièrement pris en charge par l'Assureur et/ou la CFE ou s'ils ne donnent pas lieu à remboursement au titre du présent contrat, la facture correspondant au reste à charge est directement adressée au bénéficiaire par l'établissement hospitalier.

18.1.2 En cas d'hospitalisation en France et sous réserve du respect des dispositions relatives à la demande d'accord préalable, le bénéficiaire ou l'établissement hospitalier devra contacter au plus vite au gestionnaire du contrat pour permettre la réalisation de la prise en charge directe des frais auprès de l'établissement hospitalier et indiquer notamment les informations suivantes :

- Les coordonnées exactes de l'établissement hospitalier,
- Le service d'admission,
- La date d'admission ainsi que la durée prévue du séjour.

Il n'existe pas d'accord de guichet unique concernant la prise en charge des frais liés à une hospitalisation en France. Aussi, pour les couvertures en complément de la CFE, le bénéficiaire devra présenter sa carte d'assuré social CFE à l'établissement hospitalier afin que celui-ci puisse également effectuer la demande de prise en charge des frais auprès de la CFE.

18.1.3 Dans tous les cas, le bénéficiaire devra fournir au gestionnaire du contrat un devis détaillé indiquant s'il y a lieu le montant des dépassements d'honoraires.

Le gestionnaire du contrat prendra, alors, toutes les dispositions nécessaires pour garantir auprès de l'hôpital le paiement direct des frais engagés, dans les limites prévues au présent contrat.

Les consultations externes et/ou traitements médicaux ambulatoires ne font pas l'objet d'une prise en charge directe.

18.2 Prise en charge des garanties frais de santé

18.2.1 Service de tiers payant en France

À compter de la réception de leur carte de tiers payant, selon la formule de garanties souscrite, l'Assureur peut mettre à la disposition des bénéficiaires du contrat un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers payant) pour certaines dépenses de santé (excepté les dépassements d'honoraires).

L'utilisation du tiers payant auprès du professionnel de santé est conditionnée :

- à la présentation de la carte Vitale mise à disposition par la CFE, si la couverture intervient en complément de celle-ci,
- à la présentation au professionnel de santé de la carte de tiers payant fournie par l'Assureur,
- et à l'acceptation du professionnel de santé.

Sur présentation de la carte de tiers payant, les bénéficiaires du contrat bénéficient de tarifs, honoraires et services négociés auprès des professionnels de santé partenaires des réseaux de soins proposés par l'Assureur.

Le Souscripteur et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers payant ou se voient refuser le service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Assureur dans les conditions prévues au contrat. Les justificatifs de paiement peuvent être adressés par voie postale ou via l'espace client du Souscripteur.

18.2.2 Remboursement des frais de santé

Le gestionnaire du contrat assumera la gestion des remboursements des frais de santé dans les limites des garanties souscrites.

Deux possibilités sont mises à disposition du Souscripteur pour effectuer les demandes de remboursement des frais de santé :

- la demande de remboursement peut être effectuée par voie postale à l'adresse du gestionnaire du contrat ;
- la demande de remboursement peut être effectuée par voie dématérialisée, dans l'espace client des Assurés, accessible sur le site www.malakoffhumanis.com via la rubrique « mon compte ».

18.3 Justificatifs à fournir

Quel que soit le moyen utilisé pour effectuer la demande de remboursement, le Bénéficiaire est tenu de joindre les justificatifs nécessaires à la bonne prise en charge de sa demande par le gestionnaire du contrat.

18.3.1 Pour les soins réalisés à l'étranger :

Le bénéficiaire doit adresser les pièces suivantes au gestionnaire du contrat :

- les factures originales, détaillées, indiquant la nature et la date des actes effectués ainsi que leurs coûts et la monnaie de règlement, accompagnées d'un acquit de paiement ou les feuilles de soins de la CFE accompagnées des factures originales détaillées et acquittées,
- les ordonnances justifiant la prescription médicale,
- les justificatifs prouvant l'accident le cas échéant ou la maladie inopinée et le lien de cause à effet entre l'accident ou la maladie inopinée et les frais engagés.

Dans le cadre des accords de guichet unique conclus avec la CFE, le gestionnaire du contrat effectuera un seul règlement intégrant la part remboursée par la CFE, lorsque celle-ci intervient. **Si le Souscripteur n'est pas à jour de ses cotisations auprès de la CFE aucun règlement ne sera effectué.**

18.3.2 Pour les soins réalisés en France :

- En cas de tiers payant de la CFE mais sans tiers payant de l'Assureur : la facture acquittée du ticket modérateur.
- les feuilles de soins CERFA remises par les professionnels de santé,
- lorsque les soins ou actes ne donnent pas lieu à une prise en charge par la CFE, les factures originales détaillées et acquittées, accompagnées des ordonnances justifiant la prescription médicale,
- les justificatifs prouvant l'accident le cas échéant ou la maladie inopinée et le lien de cause à effet entre l'accident ou la maladie inopinée et les frais engagés.

18.3.3 Pour la garantie Maternité :

Une déclaration établie par le praticien en charge du suivi de la grossesse de la bénéficiaire indiquant la date estimative de conception ou la date prévue de l'accouchement.

18.3.4 Le bénéficiaire devra également répondre à toute demande concernant l'accident ou la maladie et, notamment, préciser sa nature, la date de la première constatation médicale, etc. afin de s'assurer que les soins sont couverts au titre du présent contrat.

Le gestionnaire du contrat se réserve le droit de contester le bien-fondé de certaines demandes de remboursement et/ou de réclamer au bénéficiaire les justificatifs nécessaires à l'exacte appréciation des garanties. Le gestionnaire du contrat peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires). Le bénéficiaire s'engage à faire son maximum pour les lui transmettre. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

Le gestionnaire du contrat se réserve le droit de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc.).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Assureur n'est redevable d'aucune prestation, même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Le Bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou une fausse déclaration à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'Assureur.

Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Assureur de toute modification de ses coordonnées bancaires.

Le montant des prestations lié aux garanties du présent contrat est versé au plus tard sous quinze jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires énumérées ci-avant.

Le paiement des prestations est effectué par virement sur le compte du Souscripteur, sauf avis contraire de ce dernier, dans la devise de son choix et sur la base du taux de change en vigueur à la date des soins.

En cas de versement indu de prestations (doublons, erreur de destinataire...), le gestionnaire du contrat en demandera le remboursement. Il pourra également, sans que le Souscripteur puisse s'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.

18.4 Coordonnées du gestionnaire du contrat

Pour toute demande concernant la gestion du contrat, les Bénéficiaires devront contacter le gestionnaire du contrat :

- Soit à l'adresse postale figurant sur les correspondances envoyées au Souscripteur par le gestionnaire du contrat ;
- Soit par voie dématérialisée en se connectant à leur espace client, accessible sur le site www.malakoffhumanis.com via la rubrique « mon compte ».

Afin de bénéficier de ce service, le Souscripteur doit procéder au préalable à son inscription sur l'espace client, selon la procédure décrite sur celui-ci et accepter les Conditions Générales d'Accès et d'Utilisation du service. Il est précisé que seul le Souscripteur du contrat dispose d'un droit d'accès à ce service. En conséquence, toutes les demandes relatives aux membres de la famille du Souscripteur doivent être effectuées via le compte personnel du Souscripteur.

ARTICLE 19 – CONTRÔLE MÉDICAL

Le service médical de l'Assureur peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical de l'Assureur est supportée par l'Assureur ou, en cas de fraude avérée, par le bénéficiaire.

Lors du contrôle médical, le Bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si le bénéficiaire se refuse à un contrôle médical ou si, n'ayant pas notifié à l'Assureur son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure envoyée à la dernière adresse connue figurant au dossier du bénéficiaire.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du bénéficiaire, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait à la diligence de l'Assureur par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant par ordonnance de référé, dans le ressort duquel se situe le siège social de l'Assureur.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties à parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées au bénéficiaire devront être restituées à l'Assureur.

ANNEXE - GARANTIES SANTÉ

Le niveau de garanties effectivement choisi par le Souscripteur figure aux Conditions Particulières.

GARANTIES	ODYSSÉE 2	ODYSSÉE 3	ODYSSÉE 4	ODYSSÉE 5
Limite maximale par an et par bénéficiaire : 500 000 €				
Hospitalisation médicale ou chirurgicale et psychiatrique				
Honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire Frais de séjour y compris chambre particulière à l'étranger et fournitures diverses	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Hospitalisation à domicile	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Frais de transport d'urgence en ambulance ou en véhicule sanitaire jusqu'à l'établissement de santé approprié	100 % FR* dans la limite de 225 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 225 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR*	100 % FR*
Forfait journalier hospitalier en France	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	/	100 % FR dans la limite de 30 euros par jour et par bénéficiaire	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière en France	100 % FR dans la limite de 50 euros par jour et par bénéficiaire	100 % FR dans la limite de 60 euros par jour et par bénéficiaire	100 % FR dans la limite de 130 euros par jour et par bénéficiaire	100 % FR
Pratiques médicales courantes				
Consultations médicales et visites de praticien	100 % FR* dans la limite de 45 euros par visite	100 % FR* dans la limite de 65 euros par visite	100 % FR* dans la limite de 195 euros par visite	100 % FR* dans la limite de 485 euros par visite
Médicaments, vaccins ou remèdes prescrits médicalement	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Imagerie médicale, analyses médicales	100 % FR* dans la limite de 550 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Actes en série prescrits médicalement dispensés par des auxiliaires médicaux	100 % FR* dans la limite de 275 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 550 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR*	100 % FR*
Actes de spécialité : actes techniques médicaux, actes de chirurgie et actes d'anesthésie	100 % FR* dans la limite de 550 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Procréation Médicalement Assistée Au-delà des douze premiers mois révolus suivant la prise d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation du bénéficiaire de la prestation. (dans la limite de 4 tentatives pour toute la durée du contrat)	/	100 % FR* dans la limite de 3 500 euros par an par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 4 500 euros par an par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 5 000 euros par an par bénéficiaire
Prothèses orthopédiques, médicales, auditives	100 % FR* dans la limite de 160 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 325 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 1 930 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR*
Cures thermales prises en charge par la CFE (ou qui auraient été prises en charge par la Sécurité sociale française pour les couvertures au 1^{er} euro)				
Frais de transport et d'hébergement	/	/	100 % FR* dans la limite de 1930 Euros par an et par bénéficiaire	100 % FR*

GARANTIES	ODYSSÉE 2	ODYSSÉE 3	ODYSSÉE 4	ODYSSÉE 5
Maternité				
Frais d'accouchement sans césarienne	100 % FR* dans la limite de 1 125 euros par grossesse	100 % FR* dans la limite de 2 255 euros par grossesse	100 % FR* dans la limite de 3 215 euros par grossesse la 1 ^{re} année d'adhésion ou d'affiliation ⁽¹⁾ , puis 100 % FR* dans la limite de 6 435 euros par grossesse les années suivantes	100 % FR* dans la limite de 4 825 euros par grossesse la 1 ^{re} année d'adhésion ou d'affiliation ⁽¹⁾ , puis 100 % FR* dans la limite de 9 655 euros par grossesse les années suivantes
Frais d'accouchement avec césarienne	100 % FR* dans la limite de 1 125 euros par grossesse la 1 ^{re} année d'adhésion ou d'affiliation ⁽¹⁾ , Puis 100 % FR* dans la limite de 2 255 euros par grossesse les années suivantes	100 % FR* dans la limite de 2 255 euros par grossesse la 1 ^{re} année d'adhésion ou d'affiliation ⁽¹⁾ , puis 100 % FR* dans la limite de 4 505 euros par grossesse les années suivantes	100 % FR* dans la limite de 6 435 euros par grossesse la 1 ^{re} année d'adhésion ou d'affiliation ⁽¹⁾ , puis 100 % FR* dans la limite de 12 870 euros par grossesse les années suivantes	100 % FR* dans la limite de 9 655 euros par grossesse la 1 ^{re} année d'adhésion ou d'affiliation ⁽¹⁾ , puis 100 % FR* dans la limite de 19 310 euros par grossesse les années suivantes
Frais dentaires				
Soins dentaires	100 % FR* dans la limite de 115 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 225 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 1 900 Euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 2 200 Euros par an et par bénéficiaire
Prothèses et implants dentaires	100 % FR* dans la limite de 550 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 1 125 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 1 900 Euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 2 200 Euros par an et par bénéficiaire
Orthodontie des enfants de moins de 16 ans	/	/	100 % FR* dans la limite de 1 500 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 1 900 Euros par an et par bénéficiaire
Optique				
Monture et verres (forfait pour une période de 2 ans pour un équipement composé d'une monture et de 2 verres)	100 % FR* dans la limite de 115 euros par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 225 euros par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 710 euros par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 965 euros par bénéficiaire
Lentilles prises en charge ou non par la CFE	100 % FR* dans la limite de 115 euros par bénéficiaire	100 % FR* dans la limite de 225 euros par bénéficiaire	100 %* FR dans la limite de 355 euros par an et par bénéficiaire	100 %* FR dans la limite de 485 euros par an et par bénéficiaire
Médecine alternative				
Homéopathe, Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Podologue, Diététicien (actes non remboursés par la CFE).	/	/	100 % FR dans la limite de 60 euros par acte et de 300 euros par an et par bénéficiaire	100 % FR dans la limite de 80 euros par acte et de 400 euros par an et par bénéficiaire
Téléconsultation	Incluse			
Tiers Payant	Inclus			

FR : Frais Réels

* Sous déduction du montant remboursé par la CFE

(1) la « première année d'adhésion ou d'affiliation » correspond aux douze mois révolus qui suivent la date d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation.

Au titre des garanties prévues au contrat et détaillées dans la présente annexe, il est précisé que tout **forfait annuel n'est ni reportable, ni cumulable d'une année sur l'autre.**



MALAKOFF HUMANIS ASSURANCES, société anonyme régie par le Code des assurances au capital de 23 565 660 € entièrement libéré, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le siège social est en France, à Paris (75009), 21 rue Laffitte.

