

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Malakoff Humanis Assurances – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances

N° agrément ACPR : 5021282

Produit : PACK EXPAT'CFE INDIVIDUEL – FRAIS DE SANTÉ

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

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

Le produit d'assurance santé complémentaire « Pack Expat'CFE Individuel - Frais de santé » est destiné à couvrir les personnes expatriées bénéficiant des garanties « Maladie-Maternité » de la CFE âgées de moins de 60 ans à la date d'adhésion au présent contrat à l'exclusion de celle ayant le statut de retraité. Il a pour objectif de rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de couverture choisi et figurent dans le tableau de garanties. Les garanties sont plafonnées à un montant maximal par an et par bénéficiaire de 500 000 € et ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. En fonction des plafonds, une somme peut rester à votre charge.

Dans les cas et conditions fixés au contrat, la souscription est soumise à l'application d'un questionnaire de santé simplifié.

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique** : les honoraires médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et les actes de laboratoires, les frais de séjour, l'hospitalisation à domicile ;
- ✓ **Frais de transport** en cas d'urgence jusqu'à l'établissement de santé approprié.

Les garanties additionnelles en fonction du niveau de garantie

Pratiques médicales courantes : consultations médicales, examens médicaux, médicaments prescrits ;
Appareillage : prothèses orthopédiques, médicales et auditives ;
Cures thermales : frais de transport et d'hébergement ;
Maternité : frais d'accouchement ;
Frais dentaires : soins dentaires, prothèses et implants dentaires, orthodontie ;
Optique : lunettes (montures et verres) et lentilles ;
Médecine alternative : actes effectués par les homéopathes, les ostéopathes, les chiropracteurs, les acupuncteurs, les podologues et les diététiciens.

Les services

- ✓ **Téléconsultation.**

Les garanties annexes systématiquement prévues

- ✓ **Assistance et assurance bagages**
- ✓ **Responsabilité civile** (systématiquement prévue en fonction du niveau de garantie).

Les garanties annexes optionnelles

Responsabilité civile (optionnelle en fonction du niveau de garantie).

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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



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

Principales exclusions :

- ! Les conséquences de tous les sports pratiqués à titre professionnel ;
- ! Les 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 non pratiqués dans un club, le canyoning et le rafting ;
- ! Les frais de traitement esthétique ou de chirurgie réparatrice non consécutifs à un accident ou une pathologie survenus pendant la période de couverture ;
- ! Les frais liés à des consultations externes en psychiatrie, psychologie, psychothérapie et psychanalyse ;
- ! Les frais non pris en charge par la CFE, sauf expressément garantis au titre du contrat selon le niveau de garanties choisi ;
- ! Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'accord préalable n'a pas été effectuée ou a été refusée ;

Principales restrictions :

- ! **Hospitalisation médicale, chirurgicale et psychiatrique** : les frais liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale au-delà de 180 jours continus (30 jours par an en cas d'hospitalisation psychiatrique).
- ! **Frais dentaires** : le traitement d'orthodontie entrepris après l'âge de 16 ans.
- ! **Maternité** : les frais liés à une grossesse dont la date d'estimation de début de grossesse est antérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion du bénéficiaire.
- ! **Toutes les garanties** : un délai de carence peut être appliqué à la date d'effet des garanties, notamment si les droits du bénéficiaire ne sont pas ouverts à la CFE.



Où suis-je couvert ?

Dans la zone d'expatriation choisie par l'assuré :

- ✓ **Zone France*** : France uniquement (y compris DOM-ROM).
- ✓ **Zone 1** : Monde entier sauf l'Arabie Saoudite, l'Australie, le Bahreïn, la Biélorussie, le Brésil, la Chine, les Emirats- Arabes 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 Etats-Unis, le Japon, la Suisse et les Bahamas.
- ✓ **Zone 2** : Monde entier sauf le Canada, les Etats-Unis, le Japon, la Suisse et les Bahamas.
- ✓ **Zone 3** : Monde entier sauf les Etats-Unis.
- ✓ **Zone 4** : Monde entier.

* En complément de l'offre « FrancExpat » de la CFE uniquement.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance, de non garantie ou de suspension des garanties, vous avez les obligations suivantes :

À la souscription :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion et le questionnaire de santé fournis par l'assureur ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler la première cotisation.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au remboursement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins ;
- Informer l'Assureur de toute modification affectant une donnée le concernant, tels que le changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale, changement de profession, ou toute information relative à son affiliation à la CFE et notamment de la radiation de son affiliation à la CFE ou de la radiation de l'option Indemnités Journalières, Capital Décès et Invalidité auprès de la CFE.



Quand et comment effectuer les paiements ?

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

Les cotisations peuvent être payées par une entreprise mandataire désignée par le Souscripteur.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet 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) par le souscripteur et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

L'adhésion au 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'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Le contrat prend fin de plein droit :

- A la date à laquelle le souscripteur ne fait plus partie de la catégorie assurable, 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
- Au plus tard à la fin du 3^{ème} mois civil suivant le décès du souscripteur.

Délais de rétractation :

Si le souscripteur a souscrit à distance, il dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer au contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai court à compter de la date d'effet de l'adhésion ou à la date de réception des Conditions Particulières si celles-ci sont reçues après la conclusion du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique, sous réserve que cette demande soit envoyée à l'Assureur au plus tard le 30 novembre ;
- Au 1^{er} jour du mois suivant la notification à l'Assureur, en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis sous réserve que cette demande soit faite dans les 3 mois de l'évènement.