

NOTICE D'INFORMATION

France Long Stay Cover

Version 2 - MAJ20251105





Notice d'information

France Long Stay Cover

En qualité de membre de l'Association Globe Partner, vous avez choisi d'adhérer aux garanties souscrites par l'Association auprès de MGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A, dont le siège social est situé à Rua Duque de Palmela, 11, Piso 1, A 1250-097 Lisboa, Portugal avec un capital social de 7 500 000,00 € et enregistrée sous le numéro unique d'immatriculation et d'identification 517503131. MGEN Portugal est contrôlée par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões au Portugal, et est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour agir en France par voie de Libre Prestation de Services, sous le contrat numéro MGENIB1100888SAP. Les garanties d'Assistance sont servies par l'intermédiaire du prestataire MUTUAIDE Assistance, 126 rue de la Piazza, CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX, entreprise régie par le Code des Assurances, 383 974 086 RCS Bobigny, sous le numéro de convention d'assistance « 6824 ».

La gestion administrative de ces garanties est déléguée à ACS, 153f, rue de l'Université, 75007 Paris, France, SAS au capital de 150.000€, société de courtage d'assurances immatriculée au RCS Paris sous le n° 317 218 188, n° ORIAS 07 000 350.

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

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

Sommaire

1/ Généralités	3
2/ Définitions	4
3/ Garanties et prestations frais médicaux	5
4/ Garanties assistance	7
5/ Garantie Responsabilité Civile	8
6/ Risques exclus pour toutes les garanties	9
7/ Base du contrat d'assurance	10
8/ Protection des données personnelles	12
9/ Médiation	13
10/ Contacts	14
11/ Tableau des montants des garanties	15



1/ Généralités

Admissibilité – Affiliation

Sont admissibles les personnes étrangères suivantes, membres de l'Association Globe Partner et résidentes en France métropolitaine :

- Pour la formule Standard : les personnes étrangères âgées de moins de 79 ans
- Pour la formule Plus : les personnes étrangères âgées de moins de 60 ans

Attention : L'adhésion à cette assurance ne les dispense pas d'une affiliation à la Sécurité Sociale française, lorsque celle-ci est obligatoire.

Le proposant doit, au moment de son affiliation, remplir et signer les documents d'affiliation, incluant une déclaration d'état de santé et sur lesquels figurent la formule choisie et le montant des cotisations. Le choix de la formule ne peut être modifié durant la période de couverture.

Le proposant doit régler la totalité de la période d'assurance au moment de l'adhésion.

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner l'acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

Le proposant prend la qualité d'« Adhérent » une fois admis à l'assurance.

Zone de couverture

Les garanties s'appliquent en France métropolitaine ou en Union Européenne, telle que définie en paragraphe 2 « Définitions », **à l'exception du pays d'origine des ressortissants de l'Union Européenne pour les séjours supérieurs à 4 semaines.**

Effet des garanties

L'adhésion est effective pour chacun des bénéficiaires dès l'acceptation de l'Assureur et le paiement de la cotisation.

Toutefois les délais de carence suivant s'appliquent :

- **8 jours, aux différentes garanties, à compter de la prise d'effet du contrat. Toute maladie découverte pendant ce délai ne pourra être prise en charge.**
- **Les dépenses relatives à la contraception, l'IVG, la grossesse et la maternité ne sont prises en charge qu'après 12 mois d'affiliation continue.**

En cas de renouvellement par la souscription d'un nouveau contrat, si la nouvelle affiliation s'effectue à la suite et sans interruption avec le dernier contrat souscrit, les délais de carence sont annulés. Dans le cas contraire, les délais de carence s'appliquent à nouveau.

Il n'y a pas de délai de carence pour les frais médicaux consécutifs à un accident (voir définitions).

Renonciation

L'Adhérent peut renoncer à son assurance pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à partir du moment où il est informé que le contrat est signé, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à ACS, 153 rue de l'Université 75007 Paris, France. ACS lui remboursera alors, dans son intégralité, la somme qu'il a versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de sa lettre recommandée. Si l'Adhérent demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de renonciation, le droit de renonciation n'est plus applicable.

Durée des garanties

Une fois admis à l'assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances ou le Code de la mutualité en cas de fausse déclaration, l'Adhérent ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier.

Le contrat peut être souscrit pour une durée maximum de 12 mois, en un ou plusieurs contrats, renouvelable plusieurs fois. Toute nouvelle souscription devra faire l'objet d'une autorisation de l'Assureur.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

Pour chaque Adhérent :

- Lors du retour définitif dans son pays d'origine si la période du contrat n'est pas terminée,
- Lors de son rapatriement dans son pays d'origine,
- Le dernier jour de sa période d'adhésion, date à laquelle il n'est plus Adhérent à l'Association souscriptrice,
- En cas de liquidation judiciaire de l'Assureur ou de dissolution de l'Association souscriptrice.

Pour la totalité des Adhérents à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat MGENIB1100888SAP souscrit entre l'Association Globe Partner et MGEN Portugal.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne pour l'Adhérent la suppression du droit aux prestations, au terme de la période d'assurance souscrite, pour tous les actes et soins intervenus même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant la date de fin du contrat.



Modification ou annulation du contrat

Toute modification ou annulation du contrat ne pourra être acceptée qu'une seule fois, et à la condition d'être demandée avant la date d'effet de celui-ci. En cas d'annulation, le contrat ne pourra être remboursé que sur justificatif et déduction faite d'une somme de 20 €.

Le contrat est conclu pour une durée ferme, et ne peut être résilié et remboursé en cours de période.

Sanctions applicables en cas de fausse déclaration

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

- La nullité de votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L.113-8 du Code des assurances ou L.221-14 du Code de la Mutualité) ;
- Les cotisations payées sont acquises à l'Assureur qui a le droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes cotisations échues ; vous devez alors rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat;
- Si la fausse déclaration intentionnelle, constatée avant tout sinistre, n'est pas établie, augmentation de la cotisation ou résiliation du contrat (article L.113-9 du Code des assurances et L.221-15 du Code de la Mutualité) ;
- Si la fausse déclaration intentionnelle constatée après sinistre n'est pas établie, la réduction de vos indemnités dans le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été conforme à la réalité (article L.113-9 du Code des assurances et L.221-15 du Code de la Mutualité).

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

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

2/ Définitions

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

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

Adhérents : les personnes dûment assurées au titre du présent contrat ci-après désignées par le terme « vous ». Pour l'application des dispositions légales relatives à la prescription, il convient de faire référence à « l'Adhérent » quand les articles du Code des assurances mentionnent « l'Assuré »

Aléa : évènement non intentionnel, imprévisible, irrésistible et extérieur.

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

Attentat/Actes de terrorisme : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel vous séjournez, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public. Cet « attentat » devra être recensé par le ministère des Affaires étrangères français.

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

Code des assurances/code de la mutualité : recueil des textes législatifs et réglementaires qui régissent le contrat d'assurances selon l'Assureur.

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

Délai de carence : période s'écoulant entre la souscription du contrat et le début de l'application des garanties prévues par le contrat. Durant cette période aucune garantie n'est appliquée et l'assuré ne peut être indemnisé.

Domicile : on entend par domicile votre lieu de résidence principale et habituelle dans votre pays de résidence.



Dommages corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique et les préjudices qui en résultent.

Dommages matériels : toute atteinte, destruction, altération, perte ou disparition d'une chose ou substance ainsi que toute atteinte physique à un animal.

Dommages immatériels consécutifs : tout préjudice pécuniaire qui résulte de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, ou de la perte d'un bénéfice, et qui est la conséquence directe de dommages corporels ou matériels garantis.

Frais médicaux : frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation prescrits médicalement, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une maladie.

Franchise : partie de l'indemnité restant à votre charge.

Grève : action collective consistant en une cessation concertée du travail par les salariés d'une entreprise, d'un secteur économique, d'une catégorie professionnelle visant à appuyer les revendications.

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

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

Hôpital/Etablissement conventionné : établissement qui applique les tarifs stipulés dans la convention établie en commun accord avec la sécurité sociale et les professionnels de santé.

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

Pays d'origine : pays dans lequel se situe votre domicile fiscal et légal.

Pollution : dégradation de l'environnement par l'introduction dans l'air, l'eau ou le sol de matières n'étant pas présentes naturellement dans le milieu.

Soins dentaires suite à un accident : le traitement doit être administré dans les 15 jours suivant la date de l'accident et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

Sinistre : événement susceptible d'entraîner l'application d'une garantie au contrat.

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

Tiers : toute personne autre que l'Adhérent responsable du dommage.

Tout Adhérent victime d'un dommage corporel, matériel ou immatériel consécutif causé par un autre Adhérent (les Adhérents sont considérés comme tiers entre eux).

Union Européenne : les pays de l'Union Européenne ainsi que l'Islande, Liechtenstein, Norvège, Suisse, Andorre, Monaco, St Marin et le Vatican.

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

3/ Garanties et prestations frais médicaux

La garantie consiste à rembourser, pour les actes et soins prévus par le régime adopté, les frais engagés par l'Assuré remplissant les conditions d'admission au régime. Sont garantis uniquement et sous réserve des exclusions ci-après indiquées, les frais reconnus par la Sécurité sociale française et qui seraient pris en charge par celle-ci.

Par ailleurs, les demandes de remboursement ne seront honorées que si l'Assureur estime que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable et habituel. Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit de réduire le montant de ses prestations.

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités indiquées sur le certificat d'assurance.

Les remboursements sont effectués à concurrence des maxima ci-dessous indiqués et dans la limite des frais réels.

Les plafonds par bénéficiaire et par année de contrat sont de 100.000 € pour la formule Plus et de 50.000 € pour la formule Standard.

Les prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout autre régime de Prévoyance et d'Assurance accident dont l'Assuré pourrait bénéficier personnellement.



Limitation aux frais réels

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

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

Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir une indemnité complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Adhérent est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

En cas de prestations versées indûment, le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, à l'Assureur, les prestations trop perçues.

Ainsi, l'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

Prestations exclues

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat les frais non reconnus par la Sécurité sociale française, ainsi que les prestations suivantes :

1. les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties et pendant les délais de carence,
2. les cures, les maisons de repos, de convalescence, de rééducation,
3. les frais de transport du médecin non habituellement pris en charge par la Sécurité sociale française
4. les frais pour les traitements et interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un accident
5. les infirmités congénitales et les maladies héréditaires,
6. les maladies chroniques et les maladies tropicales
7. tout soin dentaire (sauf en cas d'urgence ou d'accident tel que défini dans les définitions),
8. toutes orthèses et prothèses y compris auditives et dentaires, ainsi que tout appareillage médical
9. la stomatologie, l'orthophonie et l'orthoptie
10. l'optique, les lentilles de contacts (sauf verres correcteurs prescrits, et dans la limite des montants indiqués dans le tableau de garanties), l'orthoptie

11. les massages et la kinésithérapie sauf suite à un accident garanti
12. les traitements consécutifs à la stérilité et aux dysfonctionnements sexuels
13. les soins psychiques, psychothérapeutiques et neurologiques y compris les consultations et les traitements qui y sont liés
14. la dépression nerveuse, les soins et traitements liés aux troubles du sommeil
15. les maladies sexuellement transmissibles ainsi que les tests de dépistage
16. la séropositivité pour le HIV et pour le SIDA ainsi que leurs conséquences,
17. les bilans de santé, le check up, les certificats nuptiaux
18. les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe
19. toute opération ou traitement lié au changement de sexe
20. les soins et traitements non prescrits par un médecin qualifié
21. les frais annexes, tels que le téléphone en cas d'hospitalisation ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés,
22. les consultations, traitements et complications liés à la perte ou à l'implant de cheveux à moins que ce traitement ne soit lié à une perte de cheveux causée par une maladie grave
23. les traitements en vue de modifier la réaction d'un œil ou des yeux (correction oculaire au laser) y compris la kératotomie réfractive (KR) et la kératotomie photo réactive),
24. les médicaments sans ordonnance et les produits non médicamenteux d'usage courant tels que l'alcool médical, le coton hydrophile, les crèmes solaires, les produits d'hygiène dentaire, les pansements, les shampoings...

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Adhérent ou à ses personnes à charge que ceux-ci lui fournissent l'ensemble des informations nécessaires au traitement de leurs données personnelles et relatives aux demandes de remboursement.

L'Assureur pourra pour ce faire avoir accès à leurs dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

Toute information fournie par l'Adhérent ou l'une des personnes à sa charge qui s'avérera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Adhérent et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

En cas d'hospitalisation, d'acte chirurgical, de radiographie ou de traitement médical, un certificat médical doit préalablement nous être demandé. Il nous sera retourné, à



l'attention de notre médecin conseil, après avoir été rempli par votre médecin. Tout manquement à cette obligation pourrait entraîner un refus de prise en charge.

En cas d'hospitalisation, l'Adhérent peut demander une prise en charge, afin de lui éviter l'avance des fonds.

Formalités à effectuer en cas de sinistre

Pour toute demande de **remboursement dont le montant est supérieur à 500€** vous devez adresser le [formulaire de demande de remboursement](#) complété, signé et accompagné des pièces justificatives indiquées, par courrier postal à :

ACS – Service médical
A l'attention du Médecin-conseil
153, rue de l'Université
75007 Paris - France
☎ : +33 (0)1 40 47 91 00

E-claiming : Les frais médicaux **inférieurs à 500€**, peuvent être envoyés via notre plateforme sécurisée : <https://clems.acs-ami.com/fr/> Néanmoins, nous nous réservons le droit de vous demander l'envoi des documents originaux dans un délai de deux ans.

En cas d'hospitalisation : les justificatifs de l'hospitalisation, factures originales, notes d'honoraires (sauf si une prise en charge a été délivrée).

En cas d'accouchement à domicile : un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

L'Assureur peut demander tout autre justificatif complémentaire qui lui est nécessaire. Aucune copie, photocopie ou duplicata de facture n'est acceptée.

4/ Garanties assistance

Si vous vous trouvez dans une des situations évoquées ci-après, nous mettons en œuvre, conformément aux Dispositions Générales et particulières de votre contrat, les services décrits, après contact auprès du service assistance Mutuaide Assistance :

- par téléphone : **+ 33 (0)1 55 98 51 70**
- par email : voyage@mutuaide.fr

Dans tous les cas, la décision d'assistance et le choix des moyens appropriés appartiennent exclusivement au médecin de Mutuaide Assistance, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seuls l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en

considération pour arrêter la décision du transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

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

Limites applicables en cas de force majeure

Mutuaide Assistance ne peut être tenu pour responsables des manquements à l'exécution des prestations d'Assistance résultant de cas de force majeure ou des événements suivants : Guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

Assistance rapatriement

Si, pendant votre séjour en France métropolitaine ou dans l'Union Européenne, vous êtes atteint d'une maladie ou victime d'un accident garanti par le contrat et vous obligeant à interrompre votre séjour, nous prenons en charge, l'organisation et les frais de rapatriement pour vous permettre de rejoindre votre pays d'origine. Le choix du moyen de transport sera fait en fonction des exigences médicales que nécessite votre état.

Toute demande d'assistance doit faire l'objet d'un accord préalable de notre compagnie ou de notre Service Médical.

Si cette clause n'était pas respectée, nous pourrions être dérogés de toute obligation de remboursement.

Transport du corps en cas de décès

En cas de décès consécutif à un risque garanti, durant votre séjour en France métropolitaine ou dans l'Union Européenne, nous prenons en charge l'organisation et les frais de transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans votre pays d'origine à concurrence de 5 000 € (dont les frais de cercueil sont limités à 1 000 €).

Assistance juridique

Paiement d'honoraires

En cas d'accident durant votre séjour en France métropolitaine ou dans l'Union Européenne, nous



garantissons, à concurrence de 760 €, le remboursement des honoraires d'avocat pour effectuer votre recours devant une juridiction française.

Quelles sont les exclusions des Garanties Assistance ?

Nous ne pouvons intervenir si la demande d'assistance est consécutive à :

1. Epidémies, pollution, catastrophes naturelles
2. Voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou traitement
3. Etats de grossesse sauf complication imprévisible et dans tous les cas à partir de la 32ème semaine de grossesse

5/ Garantie Responsabilité Civile

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que vous pouvez encourir dans le cadre de votre vie privée, y compris lors de stages de formation conventionnés au titre, d'une part, des dommages corporels et/ou matériels et, d'autre part, des dommages immatériels qui leur sont consécutifs, causés accidentellement à toute personne autre qu'un membre de votre famille, par votre fait ou celui de choses ou animaux dont vous avez la garde, ceci à concurrence du montant et d'une franchise indiqués au tableau des montants de garantie.

La garantie s'applique également aux objets confiés dans le cadre de stage conventionné dans la limite du montant indiqué au tableau des montants de garantie.

Quelles sont les exclusions de la garantie responsabilité civile ?

Outre les exclusions figurant à la rubrique « Risques exclus pour toutes les garanties », notre garantie ne s'applique pas :

1. aux dommages que vous avez causés ou provoqués intentionnellement ;
2. aux dommages résultant de l'usage de véhicules terrestres à moteur, de bateaux à voile et à moteur, et d'appareils de navigation aérienne, d'armes ;
3. aux dommages résultant de toute activité professionnelle ;
4. aux objets confiés à l'adhérent (sauf dans le cadre de stages conventionnés)
5. aux conséquences de tous sinistres matériels et/ou corporels vous atteignant personnellement ainsi que les membres de votre famille ou de toute

autre personne ayant la qualité d'Adhérent au titre du présent contrat

6. aux dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence directe de dommages accidentels, matériels et/ou corporels garantis,
7. aux dommages résultant de la pratique de sports aériens ou de la chasse
8. aux dommages causés par des immeubles ou partie d'immeubles dont l'Adhérent est propriétaire, locataire ou occupant,
9. aux dommages que vous avez causés en raison d'un incendie, d'une explosion ou d'un dégât des eaux,
10. aux stages effectués dans les domaines médicaux et paramédicaux (sauf stages exclusivement d'observation).

Quelles sont les limites de notre garantie ?

Transaction – reconnaissance de responsabilité

Vous ne devez accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni aucune transaction sans notre accord préalable et écrit.

Toutefois, la simple reconnaissance de la matérialité de certains faits n'est pas considérée comme une reconnaissance de responsabilité, non plus que le seul fait d'avoir procuré à une victime un secours urgent lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir moral d'accomplir.

Vous devez nous aviser dans les 5 jours ouvrés sauf cas fortuit ou de force majeure de tout événement susceptible d'engager votre responsabilité civile ; si ce délai n'est pas respecté et que de ce fait, nous subissons un préjudice, vous encourez la déchéance de votre garantie.

Procédure

En cas d'action judiciaire dirigée contre vous, nous assurons votre défense et dirigeons le procès pour les faits et dommages rentrant dans le cadre des garanties du présent contrat.

Toutefois, vous pouvez vous associer à notre action dès lors que vous pouvez justifier d'un intérêt propre non pris en charge au titre du présent contrat.

Le simple fait de pourvoir à titre conservatoire à votre défense ne peut en aucun cas être interprété en soi comme une reconnaissance de garantie et n'implique nullement que nous acceptons de prendre en charge les conséquences dommageables d'événements qui ne seraient pas expressément garantis par le présent contrat.



Même si vous manquez à vos obligations après sinistre, nous sommes tenus d'indemniser les personnes envers lesquelles vous êtes responsable. Nous conservons néanmoins, dans ce cas, le droit d'exercer contre vous une action en remboursement pour toutes les sommes que nous aurons payées ou mises en provision à votre place.

Recours

En ce qui concerne les voies de recours :

- devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, nous en avons le libre exercice dans le cadre des garanties du présent contrat,
- devant les juridictions pénales, les voies de recours ne peuvent être exercées qu'avec votre accord,
- si le litige pendant devant une juridiction pénale ne concerne plus que des intérêts civils, le refus de donner votre accord pour l'exercice de la voie de recours envisagée entraîne le droit pour nous de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en aura résulté pour nous.

Frais de procès

Nous prenons en charge les frais de procès, de quittance et autre frais de règlement. Toutefois, si vous êtes condamné pour un montant supérieur à celui de la garantie, chacun d'entre nous supporte ces frais dans la proportion de sa part respective dans la condamnation.

Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?

Pour toute demande de déclaration de sinistre, vous devez nous contacter à l'adresse suivante :

- par e-mail à l'adresse suivante : servicesinistres@acs-ami.com
- par courrier à l'adresse suivante : **ACS, Service Sinistres 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France**

6/ Risques exclus pour toutes les garanties

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

1. **maladies et accidents dont l'origine est antérieure à la date d'effet du contrat,**
2. **maladies ou accidents qui sont le fait d'un acte intentionnel ou inconsidéré de la personne garantie,**
3. **de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,**

4. **tout acte intentionnel pouvant entraîner la garantie du contrat et toute conséquence d'une procédure pénale dont l'assuré fait l'objet ,**
5. **accidents ou maladies survenant ou contractés aux cours de toute compétition sportive professionnelle, ainsi que les conséquences de la pratique des sports ou activités suivantes : alpinisme, varappe, bobsleigh, skeleton, sports de glisse hors-piste, plongées sous-marine avec des bouteilles, parachutisme, tout sport aérien ou nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur.**
6. **de la participation de l'Adhérent à des duels, paris, crimes et délits, rixes (sauf légitime défense), grèves,**
7. **l'usage de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,**
8. **l'alcoolisme ou de l'ivresse,**
9. **accidents causés par des cyclones, tremblement de terre, éruptions volcaniques ou autres cataclysmes,**
10. **accidents ou maladies dus à la désintégration du noyau atomique ainsi que les sinistres dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,**
11. **actes de terrorisme ou de sabotage, de guerre étrangère, de guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires, dans les conditions prévues à l'article L 121.8 du Code des assurances,**
12. **des biens et/ou des activités assurées lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'assureur du fait de sanction, restriction ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable**
13. **des biens et/ou des activités assurées lorsqu'ils sont soumis à une quelconque sanction, restriction, embargo total ou partiel ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable. Il est entendu que cette disposition ne s'applique que dans le cas où le contrat d'assurance, les biens et/ou activités assurés entrent dans le champ d'application de la décision de sanctions restrictives, embargo total ou partiel ou prohibition,**
14. **L'absence de l'aléa.**



7/ Base du contrat d'assurance

Ce contrat est régi par le Code de l'assurance et le Code de la Mutualité pour les Garanties Frais Médicaux et Assistance et le Code des assurances pour la garantie Responsabilité Civile. La loi applicable au contrat est la loi française pour les garanties assurées par MGEN Portugal par voie de Libre Prestation de Services en France.

La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat d'assurance.

Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par **l'article L.221-11 du Code de la Mutualité et par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances** reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception

adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

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.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la



reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L.121-12 du code des assurances ou L.224-9 du code de la mutualité, l'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par lui, dans les droits et actions de l'Adhérent contre les tiers responsables du sinistre.

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

Pluralité d'assureurs

Quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude pour un même risque, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat. Dans ce cas, l'Adhérent doit prévenir tous les assureurs.

Dans ces limites, l'Adhérent peut s'adresser à l'Assureur de son choix. Quand elles sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues par le Code des assurances et le Code de la Mutualité (nullité du contrat et dommages-intérêts) sont applicables.

Lutte anti-blanchiment

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou justificatifs, y compris sur l'acquisition de biens assurés. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la

loi du 6 août 2004 et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Tribunaux compétents / Loi applicable

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

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des tribunaux français.

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

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

Faculté de renonciation

En cas de souscription à distance de votre contrat :

La vente de votre contrat d'assurance par téléphone, courrier ou internet est régie par les articles L.221-18 du Code de la Mutualité et L.112-2-1 et R.112-4 du Code des assurances.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un assuré, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent :

- qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'opérations successives ou d'une série d'opérations distinctes, de même nature, échelonnées dans le temps ;
- qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Conformément aux dispositions applicables en matière de vente à distance des services financiers, vous êtes informé :

- de l'existence du fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions visées à l'article L. 422-1 du Code des assurances,
- de l'existence du fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de



diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral visé à l'article L.426-1 du Code des assurances,

- de l'existence de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales visé à l'article L.1142-22 du Code de la Santé publique ;
- que vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception du certificat d'adhésion » et de la notice d'information si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
- que les contrats pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord du souscripteur. Vous avez manifesté votre volonté pour que votre contrat prenne effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion. L'assuré qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation et qui use de son droit de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert ; en outre, la contribution Attentats au titre du Fonds de garanties des victimes des actes de terrorisme reste due.

L'adhérent, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré ci-dessous, dûment complété par ses soins. Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à ACS, 153, rue de l'Université, 75007, Paris, FRANCE.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès d'..... J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

En cas de démarchage :

Les dispositions suivantes issues de l'article L.112-9 du code des assurances, et des dispositions du code de la consommation sur le démarchage, s'appliquent :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation”.

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur par l'intermédiaire d'ACS, 153, rue de l'Université, 75007, Paris, France, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée dans laquelle il formalise sa volonté de renoncer à son adhésion.

« Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès d'..... J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

Effets de la renonciation (démarchage, vente à distance ou lors de la réception de l'attestation d'assurance) :

L'Assureur par l'intermédiaire d'ACS procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existée et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur par l'intermédiaire d'ACS de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

8/ Protection des données personnelles

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, les données à caractère personnel de l'Adhérent pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les assurés sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de



la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat.

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

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

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

Ils peuvent exercer ces droits auprès du Délégué à la Protection des Données de :

VYV IB

3 Square Max Hymans

75648 Paris Cedex 15, France

dpo@vyv-ib.com

ou en contactant :

ACS,

A l'attention du Data Protection Officer,

153, rue de l'Université,

75007 Paris, France

dpo@acs-ami.com

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

Les données relatives à l'état de santé des assurés, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à l'Organisme assureur ou aux assurés eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution dudit contrat. Ces données sont exclusivement destinées au service médical du Délégué de gestion. L'exercice de droits s'effectue par courrier, après production d'un titre d'identité à l'attention du Médecin-conseil : medical@vyv-ib.com.

Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

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

9/ Médiation

Quelles sont les modalités d'examen des réclamations ?

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

ACS, Service réclamations,

153, rue de l'Université, 75007 Paris, France

recla@acs-ami.com

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

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



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

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Médiateur statue en droit et en équité et n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance. Par ailleurs, l'Assuré ou ses Ayants droit peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à l'Organisme assureur, s'adresser à l'organisme de contrôle de MGEN Portugal, l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões situé Av. da República 76, 1600-205 Lisboa, Portugal.

Les parties déclarent se soumettre à la loi française.

Autorité chargée du contrôle des organismes d'assurances

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

10/ Contacts

Pour toute question sur ce contrat, vous devez contacter :

ACS

📍 **153 rue de l'Université, 75007 Paris - France**

☎ **+ 33 (0)1 40 47 91 00**

✉ contact@acs-ami.com

lundi – vendredi (sauf jours fériés)

9h – 18h, heure de Paris

Pour la prise en charge de vos garanties, pour vos demandes de remboursement, ou prise en charge d'une hospitalisation, vous devez contacter :

ACS

Services Sinistres / Services Médical

📍 **153 rue de l'Université, 75007 Paris - France**

☎ **+ 33 (0)1 40 47 91 00**

✉ servicemedical@acs-ami.com

lundi – vendredi (sauf jours fériés)

9h – 18h, heure de Paris

En dehors de ces horaires,
pour toute demande d'assistance
ou hospitalisation, vous devez contacter :

Mutuaide Assistance

☎ **+ 33 (0)1 55 98 51 70**

✉ voyage@mutuaide.fr



11/ Tableau des montants des garanties

Frais Médicaux : Maladie & accident	Formule Standard	Formule Plus
Plafond maximum par personne par année de contrat	50 000 €	100 000 €
Chirurgie et Hospitalisation • dans les établissements conventionnés • dans les établissements non conventionnés	100% des frais réels 50% des frais réels	
Consultations	100% des frais réels : limité à 80€ par consultation	100% des frais réels : limité à 100 € par consultation
Pharmacie sur ordonnance, soins infirmiers, radiographie, analyses, soins de kinésithérapie consécutifs à un accident garanti	100% des frais réels	
Soins dentaires : • d'urgence • à la suite d'un accident	Forfait par année de contrat : 200 € 400 €	Forfait par année de contrat : 300 € 600 €
Optique - Uniquement verres correcteurs sur prescription médicale	Forfait par année de contrat : jusqu'à 80 €	Forfait par année de contrat : jusqu'à 100€
Transport médical	100% des frais réels	
Les dépenses relatives à l'état de grossesse et toutes complications dues à cet état, fausse couche, accouchement et suites, la maternité, la contraception et l'IVG.	70% des Frais réels dans la limite de 1 000 € à partir de la 2ème année de contrat sans interruption	100% des Frais réels dans la limite de 2 000 € à partir de la 2ème année de contrat sans interruption
Assistance	Formule Standard	Formule Plus
Transport et Rapatriement sanitaire Rapatriement en cas de décès • dont Frais de cercueil Assistance Juridique	Frais réels 5 000€ 1 000€ 760€	
Responsabilité Civile	Formule Standard	Formule Plus
Domages corporels matériels et immatériels confondus Domages matériels et immatériels seuls Objets confiés dans le cadre de stages	4 575 000 € 76 000 € 11 500 €	
Franchise par dossier	100 €	