

**Contract number: MGENIB1100430SAN**

# INFORMATION LEAFLET

Medical – Assistance – Repatriation

1<sup>st</sup> EUR

*We Care All - Yachting*

*Contractual document*

*Effective on 1<sup>st</sup> of September 2022*

*As a staff member or consultant assigned by a Shipowner or the Maritime Management Company, you are covered by medical, assistance – repatriation benefits subscribed by the We Care All Association on behalf of its Member Entities to MGEN (hereinafter “the Insurer”), represented by VYV International Benefits, under the contract number No MGENIB1100430SAN. The purpose of the contract is to reimburse from the first EUR, the eligible medical expenses prescribed by a health professional.*

*The terms and conditions for the implementation of the benefits and the various benefits you are entitled to are set out in this information leaflet.*

*This document is a translation of the terms and conditions of the Insurance prospectus written in French. Neither the Insurer, nor the Policyholder can be held responsible if any statement in this translation and any provision in the policy differ. In that case, the wording of the policy in French will prevail.*

**Intermediated by I.C.S. ASSURANCES ET FINANCES, WYCC,  
10 rue Michel Rodange  
L-2430 Luxembourg (RCS N°B59616)**

## 2- Additional provisions

### Table of contents

<b>Section 1 – Purpose and bases of the information leaflet</b> .....	1
<b>Section 2 – Insured members</b> .....	3
<b>Section 3 – Benefits</b> .....	4
<b>Section 4 – Excluded risks and benefits under health benefits</b> .....	7
<b>Section 5 – Definitions</b> .....	8
<b>APPENDIX 1: TABLE OF BENEFITS</b> .....	12
<b>TABLE OF BENEFITS ASSISTANCE – REPATRIATION</b> ...	22

### Section 1 – Purpose and bases of the information leaflet

#### 1- Purpose of the information leaflet

The contract, object of this information leaflet, is a compulsory group insurance contract subscribed by We Care All association, on behalf of its Member Entities, with the Insurer MGEN via an administrative agreement granted to VYV International Benefits (VYV-IB). The contract is based on the declaration of the Policyholder, the Member Entities and the Insured Members.

This contract is regulated by *branche 2 – Maladie* (illness branch) and *branche 18 – Assistance* (assistance branch) in accordance with article R.211-2 of the *Code de la Mutualité* (the French Mutual Insurance Companies Code) and by *Livre II* (Tome II) of the said Code and any relevant French legislation in force.

The purpose of this contract is to provide the Insured Members, of the Member Entities of the Policyholder, with reimbursement of their medical expenses, as from the first euro, as provided for in this information leaflet.

**All the Insured Members of the Member Entity, as defined in the contract object of this information leaflet, must be covered by this contract.**

**This contract is completed with Assistance - Repatriation benefits.**

Insured Members have access to the MGEN Statutes through the following website <http://www.mgen.fr>. In the event of conflicting interpretations between this contract and the provisions of the statutes of MGEN, the provisions of the contract will prevail.

#### 2.1 Limitation period

All actions deriving from this contract are limited to two (2) years after the event giving rise to them, in accordance with article L.221-11 of the *Code de la Mutualité* (the French Mutual Insurance Companies Code).

However, the two-year limit shall start:

- in the event of non-disclosure, omission, false or inaccurate statement as to the risk incurred from the Insured Member, as of the day on which the Insurer was informed of it;
- in the event of the occurrence of the risk, as of the day when the interested parties have been informed about it, if they can prove that they were not aware of it until then.

**When the Insured Member's action against the Insurer is based on the recourse of a third-party, the limitation period only begins on the date this third party initiated legal action against the Insured Member or his/her Dependant or has been compensated by the Insured Member.**

The limitation period may be interrupted by one of the ordinary grounds for interruption of the limitation period provided for in articles 2240 et seq of the *Code Civil* (the French Civil Code) and by the appointment of experts following the occurrence of a risk.

**Sending a registered letter or an electronic registered letter, with acknowledgment of receipt, by the Insurer to the Policyholder, regarding the payment of the premium, and by the Insured Member, the beneficiary or the Dependant to the Insurer, regarding the payment of the claim, may interrupt the limitation period.**

#### 2.2 Subrogation

For the payment of compensatory health benefits, the Insurer is subrogated, up to the amount of the said benefits, to the rights and actions of the Insured Members, the beneficiaries or their dependants against liable third parties.

This subrogation is limited to the expenses the Insurer incurred, up to the amount of the share of the compensation payable by the third party who compensates the injury to the victim's physical integrity. The personal compensation for the physical or moral injuries endured by the victim and the compensation for disfigurement and loss of amenity are excluded unless the benefits paid by the Insurer compensates for these parts of the claim.

Similarly, in the case of accidents causing death, the part of the compensation corresponding to the moral prejudice of the Dependants remains theirs, subject to the same conditions.

The Insurer is automatically subrogated to the beneficiary of the benefits who is the victim of an accident, in its action against the liable third party, whether the third party is fully liable or not. If the beneficiary of the benefits has been directly compensated by the third part, he/she must reimburse the Insurer of the benefits paid by the latter.

The beneficiary of the benefits who, through negligence or voluntary renunciation, makes the reimbursement impossible, must reimburse the benefits received.

The Insurer waives any right of recourse against the Policyholder.

### 2.3 Administrative agreement

A separate administrative agreement between the Insurer and WYCC, 10 rue Michel Rodange L-2430 Luxembourg is established. It specifies the operations related to the contract that the Insurer delegates to WYCC, and its obligations towards the Insurer with respect to:

- **Reimbursement of health expenses,**
- **Administration of memberships**
- **Administration and collection of premiums**
- **And production of statistics.**

The Insurer delegated the administration of Assistance – Repatriation benefits to VYV International Assistance (VYV IA), 3 Passage de la corvette 17000 La Rochelle, France.

### 2.4 Personal data protection

Pursuant to the Regulations (EU) 2016/679 of 27 April 2016 on the protection of individuals concerning the processing of personal data and on the free movement of such data (known as General Data Protection Regulation) and for the purpose of the management of the insurance contract, the personal data of the Insured Person may be transferred to the Insurer and to its delegates, service providers, subcontractors or reinsurers. Insured Members are informed that processes concerning them, and their Dependants if any, are implemented for the signing, management and execution of this insurance contract along its commercial management. Personal data may also be used for control operations, fight against fraud and money laundering and the financing of terrorism, search for beneficiaries of unpaid Life contracts and the implementation of legal and regulatory provisions, with respect of the enforcement of this contract.

Collected Data are indispensable for the implementation of these processing and are intended for the relevant departments of the Insurer as well as its outsourced Administrator and where applicable, its subcontractors, providers or partners. The Insurer is liable to ensure that this data is accurate, complete, and up to date when necessary. The data collected will be kept for the entire duration of the contract which may be increased by legal prescriptions or in order to be compliant with the periods provided for by the CNIL *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés* (the French National Commission for Data Protection).

These personal data may be transferred to service providers or subcontractors which are established in countries outside of the European Union. Only countries recognized by the European Commission as providing an adequate level of personal data security, or recipients who have appropriate assurances, are eligible for these transfers.

Insured Members and/or Dependants have a right of access, rectification or deletion, limitation of the processing of their data, portability, opposition to processing, along with the right to provide instructions on the outcome of the data after their death. They can exercise their rights towards the *Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV* (Data Protection Officer of the VYV Group): Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 245 - 75755 Paris Cedex 15 or at [dpo@vyv-ib.com](mailto:dpo@vyv-ib.com). When exercising their rights, a proof of identification may be requested. In the event of a persistent conflict, they have the right to appeal to the CNIL on [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) or at **3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 7, FRANCE.**

Data related to medical information on the Insured Members may be processed for the conclusion, the management and the execution of the contract, as their processing is necessary to fulfil the obligations and to exercise the rights of the Insurer or the rights of the Insured Members to social protection. These data are exclusively intended for the medical department of the Administrator. The exercise of rights is carried out by mail, along with a proof of identity, to the medical advisor of [medical@vyv-ib.com](mailto:medical@vyv-ib.com).

### 2.5 Information – Complaints – Mediation

If Insured Members have any queries, they should contact the Administrator WYCC, 10 rue Michel Rodange L-2430 Luxembourg or by email to the following address [claims@wycc-insurance.com](mailto:claims@wycc-insurance.com) for any request or complaint related to:

- insurance enrolment conditions;
- claims.

Receipt of the complaint shall be acknowledged within ten (10) days of its receipt, unless the response itself provided during this period. In any event, in accordance with the relevant legislation, the answer shall be sent within two (2) months from the date of receipt of the complaint.

If the complaint has not been settled after the answer, the Insured Members may contact customer service and forward copies of the written responses made to them, at the following address: **VYV International Benefits - Service Relations Clientèle, 7 Square Max Hymans 75 748 PARIS CEDEX 15** Email: [clients@vyv-ib.com](mailto:clients@vyv-ib.com).

If all complaints handling procedures are exhausted, the claimant may contact the MGEN ombudsman by regular mail: **CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION, 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND** or on the dedicated website: <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

The Ombudsman's opinion is not binding and the parties can still proceed in the competent courts. The Ombudsman is not empowered to adjudicate on the conditions for admission to insurance. The terms and conditions of the Ombudsman interventions can be found on the dedicated website for mediation on: <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

## 2.6 Reluctance or misrepresentation

**THE CONDITIONS OF THE CONTRACT ARE BASED ON THE DECLARATIONS PROVIDED BY THE POLICYHOLDER.**

**REGARDLESS OF THE ORDINARY CAUSES OF NULLITY, ANY INACCURACY OR INTENTIONAL OMISSION MAY LEAD THE INSURER TO DECLARE THE MEMBERSHIP NULL AND VOID.**

**THE PREMIUMS PAID WILL THEN BE KEPT BY THE INSURER, WHO WILL BE ENTITLED TO THE PAYMENT OF ALL OVERDUE PREMIUMS AS DAMAGES.**

**THE INSURER MAY ALSO REQUEST A PROPORTIONAL INCREASE IN PREMIUMS.**

**EXCEPT FOR THE CASE PROVIDED FOR IN THE PREVIOUS PARAGRAPH, NO INSURED MEMBER MAY BE EXCLUDED FROM THE INSURANCE AGAINST HIS/HER WILL, AS LONG AS HE/SHE IS PART OF THE INSURED GROUP AND PROVIDED THAT THE PREMIUMS HAVE BEEN PAID.**

## 2.7 Limitation provision – International sanctions

The Insurer shall not be liable to provide insurance coverage or to pay a claim or provide benefits under this contract, if such coverage, payment or benefits would subject the Insurer to any sanction, prohibition or restriction under United

Nations resolutions relating to economic or trade sanctions, or under the laws and regulations of the European Union, the United States of America or any other jurisdiction.

No payment shall be made directly or indirectly to any country subject to sanctions at the time of the event, as enacted by the United Nations, the Office of Foreign Assets Control (OFAC) of the U.S. Treasury or the European Union.

## 2.8 Language and jurisdiction

The competent courts are the courts of France. French language shall prevail for the purpose of this contract.

## 2.9 Control authority

The Insurer's control body is *Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution* (ACPR – French Prudential Supervisory Authority), 4 place de Budapest 75436 PARIS CEDEX 09 FRANCE.

## Section 2 – Insured members

### 3- Insured persons - enrolment

**All the Insured Members of the Member Entity must be covered by this contract, object of this information leaflet.**

At the time of affiliation, the Member Entity must send the Insurer a list of the names of the personnel covered.

The Insurer may request any additional information it deems necessary for the enrolment of the beneficiaries.

### 4- Beneficiaries of benefits

On the Insured Member alone is eligible for the health insurance scheme described in the contract.

**Any change of situation must be brought to the attention of the Insurer, via the Administrator if any.**

Benefits are due for procedures, treatments and hospitalizations during the period in which the Beneficiary belongs to the category defined above.

### 5- Effective date of the benefits

When the contract enters into force, the benefits will be effective for each Insured Member on the following dates:

**Insured Members affiliated at the date the contract enters into force:**

- on the very same date.

**Insured Members affiliated after the date the contract enters into force:**

- on the date of entry into the category of employees to be insured provided the information required for insurance cover is communicated within fifteen (15) days following this date,
- on the date of receipt of this request otherwise.

## 6- Termination or suspension of benefits

Once admitted to the Insurance and subject to the penalties provided for by the *Code de la Mutualité* (the French Mutual Insurance Companies Code) in the event of a misrepresentation, the Insured Member may not be excluded from the contract as long as he/she meet the conditions to be covered by the benefits.

In any event, the benefits will cease:

For each Insured Member:

- as soon as he/she ceases to belong to the category of employee to which the contract applies,
- if he is not up to date with the seafarers' examination or equivalent,
- in the event of misrepresentation,
- on the day of the Insured Member's death.

For all Insured Members:

- upon termination of this group insurance contract, object of this information leaflet,
- upon termination of the Member Entity's membership certificate.

In the event of suspension of the employment contract for any reason other than paid annual leave, illness, accident, maternity or paternity leave, the benefits will be suspended for the same period and with the same consequences as a termination.

**The termination (or suspension) of the benefit entails, for both the Insured Member and for any rightful Dependant, the withdrawal of the right to benefit from any medical act and any treatment carried out from the date of cessation.**

## Section 3 – Benefits

### 7- Areas of cover of the benefits

Benefits are effective 24 hours a day, in the event of illness or accident, in both private and working life:

- **in all the countries of the chosen geographical area, among the following geographical areas:**
  - **ZONE 1: Worldwide excluding the United States of America,**
  - **ZONE 2: Worldwide**
- **outside of the geographical area as above opted for:** for trips of 7 weeks or less, only for expenses resulting from an accident or illness of an emergency nature, as these terms are defined in section 5.
- **In other cases, with the written agreement of the Insurer.**

## 8- Covered benefits

### 8.1 Nature of the benefits

The coverage provided by this contract consists of reimbursing medical expenses incurred by the Insured Member and his/her Dependants, where relevant, starting from the first EUR and limited to reasonable and customary expenses.

The contract is supplemented by Assistance – Repatriation benefits.

Treatments must be recognised by local medical authorities and performed by practitioners exercising within a field in which they are qualified in (in compliance with legislative, regulatory and other requirements in respect of professional standards in the given country).

**The benefit amounts is determined for each item of expenditure within the limits of what is reasonable and customary.**

The “reasonable and customary” cost is the lowest amount between the cost requested by the healthcare provider and the cost applicable in the same region for a similar service offered by providers of identical professional level. The “reasonable and customary” cost of a service varies according to the type of treatment, the quality of the service and equipment, the place and the country where treatments are provided. The Insurer reserves the right to limit the reimbursement of medical expenses and related costs, as well as the duration of the hospitalisation, to what generally is applicable in the region where the patient is treated.

**Unreasonable and unusual expenses may therefore result in reimbursement being either refused or the amount of the reimbursement being capped.**

If one of the Dependants of the Insured Member is covered by a French Social security program or an equivalent

government healthcare program, the benefits received from this organization shall be deducted from his/her benefits.

If the Spouse (or Civil partner or Concubine) is an employee, the benefits paid by the Insurer shall be in addition to those, from any healthcare cost scheme from which he/she may benefit personally.

In the event of hospitalisation, the following reasonable and customary expenses are covered:

- medical hospitalisation in public or private facilities,
- hospitalisation and surgery. Procedures carried out under general anaesthesia or in relation with trauma surgery and surgical procedures carried out under local anaesthesia are deemed to be surgical procedures,
- related medical and paramedical expenses provided in the course of hospitalisation,
- emergency local transportation of the patient by ambulance.

In case of Hospitalisation, emergency local transportation of the patient by ambulance is covered within the same country between the patient's residence or the location of the accident and the nearest hospital facility within the same country. Emergency local transportation is also covered if the patient's condition requires a subsequent transfer from the original hospital to another one nearby.

**For any hospitalisation, prior approval from the Insurer is required, except in case of an emergency as defined in section 5.**

**The cases where prior approval is required are indicated in the appendix table of benefits.**

**In all other cases, benefits are defined in the table of benefits.**

## 8.2 Table of benefits

**The Insured Members are covered according to the benefit option chosen by the Member Entity.**

**Benefits and maximum amounts mentioned in the table of benefits are stated in actual costs, per Insured Member and per insurance year. Medical expenses are reimbursed in EUR up to the maximums indicated in the appendix table of benefits.**

**In any event, the reimbursements amount under this contract is limited to 2,000,000 EUR per beneficiary and per insurance year.**

**The benefits Assistance – Repatriation are provided for in Appendix 2 of this contract.**

## 8.3 Deductible

**A deductible is applied to the following benefit:**

- Out-patient treatment - Standard and Perfect plans: €100

## 8.4 Waiting period

The payment of medical expenses by the Insurer comes into effect for each Member, from the date of affiliation and after the expiry of the following waiting periods:

- **Maternity and childbirth expenses: 10 months**
- **Outpatient psychiatric and psychotherapy expenses (Standard, Perfect or Privilege plan): 18 months**
- **Costs related to hospitalisation for mental and behavioural disorders (Privilege plan): 10 months**

However, expenses resulting from an Accident (see Section 5 "Definitions") are reimbursable immediately.

## 8.5 Prior approval

Prior approval of the Insurer, via the Administrator, is required for the reimbursement of expenses – except in case of an emergency, in the cases listed below:

- any hospitalization expenses;
- paramedics acts for series of acts above ten (10) sessions (unless specified otherwise in the table of benefits);
- dental prostheses and dental implants;
- medical prostheses;
- orthodontics;
- maternity.

Except in case of an emergency, each admission to a hospital, requiring prior approval in accordance with the table of benefits, must be notified to the Insurer, via the Administrator, at least two (2) weeks before the admission actually take place. Acceptance of the Insurer is deemed to have been if it has not reply within five (5) working days following the date of the receipt of the request.

If there is no request for prior approval, during hospitalisation or during any other treatment for which this approval is necessary, the Insurer reserves the right to decline the request for reimbursement.

**If the treatment subsequently proves to be medically justified, the Insurer will then reimburse 80% of the hospital**

**expenses and 50% of the amount due for any other act requiring prior approval that should have been reimbursed.**

**Prior approval is not required in case of an emergency as defined in section 5. However, the Insurer must be notified within forty-eight (48) hours or as soon as possible in the event of force majeure.**

**The provisions related to reasonable and customary costs in the country where treatment is performed shall apply in all cases.**

**For hospitalizations and long-term treatments exceeding EUR 10,000:**

The Insurer's medical advisor and the third-party administrator's medical advisor recommend several care facilities for the Member, depending in particular on his or her treatment, state of health and the quality of care in the facility. In this respect, the Member may be recommended a course of treatment in a country other than the one initially planned.

**In the event that the Member refuses to follow these recommendations, 20% of the actual and reasonable expenses will be paid by the Insured, up to a limit of EUR 10,000 per Member and per calendar year.**

#### **8.6 Limitation of reimbursements to actual costs**

Reimbursements or compensation for hospitalisation costs caused by an illness, maternity or an accident may not exceed the amount of expenses remaining payable by the Insured Member after reimbursements of any kind for which he/she is entitled to.

Benefits of the same kind subscribed with several insurers may be claimed within the limit of each benefit, irrespective of the date they were subscribed. Within this limit, the Insured Member may obtain additional payment by sending details of the reimbursement(s) made by the other insurer(s).

The Insurer reserves the right to request explanation of medical invoices and may also request information on payments made under any other supplementary health scheme or insurance contract from which the insured persons would benefit from.

The beneficiary shall refund overpaid claims to the Insurer, as soon as possible. The Insurer may offset any compensations between the sums due and any claim which is due to the Insured Member in relation to this contract.

The limit of the amount of expenses remaining payable by the Insured Member is determined by the Insurer for each of the claimed benefits or cost items.

#### **8.7 Declaration of claims**

**The declaration form is provided by the Administrator and must be sent back to it along with supporting documents.**

No copies, photocopies or duplicates of invoices are accepted. As an exception, scanned copies sent by email are authorized for any invoice whose amount is less than **500 euros per invoice**.

The Insurer may request, if necessary, any other document required for the enforcement of the benefit. The Insured Member must keep in this regard all originals for a period of twenty-four (24) months from the date of treatment. During this period, the Insurer may claim the originals, in the absence of which the reimbursements made could be subject to refunds.

The Insurer (if applicable, via its Administrator) reserves the right to assess the health conditions of the insured persons and the performed treatments and to request any Insured Member to provide all the necessary information for the processing of personal data in relation to the reimbursement requests. The Insurer shall have access to the personal medical files with all the legal confidentiality obligations attached thereto.

**Any information provided by the Insured Member or one of his/her Dependants which turns out to be incorrect, falsified, exaggerated or even any fraudulent act from their part will result in their direct liability and the recovery of sums unduly paid by the Insurer on the basis of this incorrect information.**

#### **8.8 Supporting documents**

To obtain reimbursement of benefits, the Insured Member must send to the Administrator a claim form along with the following supporting documents:

- In the event of hospitalisation: the supporting hospitalisation documents (receipted invoices, medical fees details, hospitalisation notice), indicating the hospital's and patient's names, date and cost of treatment,
- In the event of illness: medical prescriptions and detailed invoices,
- In the event of a home birth: the child's birth certificate,

- For the reimbursement of treatment: the Insured Member must send their banking details (either at the time of joining the agreement or at the first request for reimbursement).

The Insurer reserves the right to request any insured person to provide them with the necessary information to process their personal data and their reimbursement requests. The Insurer will be entitled to have access to their medical files with all the legal obligations of confidentiality attached thereto.

## Section 4 – Excluded risks and benefits under health benefits

### 9- EXCLUDED RISKS

THE COSTS INCURRED ARE NOT COVERED BY THE INSURER IF THEY RESULT FROM THE FOLLOWING EVENTS:

- A DISEASE OR ACCIDENT CAUSED INTENTIONALLY BY THE INSURED MEMBER, OR RESULTING FROM VOLUNTARY MUTILATION OR A SUICIDE ATTEMPT,
- THE CONSEQUENCES OF A CIVIL OR NON-CIVIL WAR, AN INSURRECTION, A RIOT, AN ATTACK, OR GRASSROOTS MOVEMENTS, EXCEPT IF THE INSURED PERSON DOES NOT TAKE AN ACTIVE PART IN SUCH EVENT, OR IF HE/SHE IS REQUIRED TO CARRY OUT A MAINTENANCE OR SURVEILLANCE MISSION IN ORDER TO ENSURE THE SECURITY OF PERSONS AND PROPERTY ON BEHALF OF THE MEMBER ENTITY,
- ANY INTENTIONAL ACT THAT MAY RESULT IN THE APPLICATION OF A BENEFIT UNDER THE CONTRACT AND ANY CONSEQUENCES OF A CRIMINAL PROCEEDING TO WHICH THE INSURED MEMBER IS SUBJECT,
- A CLAIM ARISING DIRECTLY OR INDIRECTLY FROM THE DISINTEGRATION OF AN ATOMIC NUCLEUS,
- THE FAILURE OF THE INSURED MEMBER TO COMPLY WITH OFFICIAL PROHIBITIONS AND OFFICIAL SAFETY RULES RELATED TO THE PRACTICE OF A SPORT,
- THE CONSEQUENCES OF SPORTS COMPETITIONS OTHER THAN THOSE OF PURE AMATEURISM. THIS EXCLUSION DOES NOT APPLY TO :
  - THE PRACTICE OF SPORTS FOR WHICH THE MEMBER HAD A PROFESSIONAL CERTIFICATE NECESSARY FOR THE MANAGEMENT OF SUCH PRACTICE AND/OR IF SUCH PRACTICE IS PART OF HIS EMPLOYMENT CONTRACT;
  - TOURING RALLYS FOR WHICH NO TIME AND/OR SPEED STANDARD IS IMPOSED;
  - REGATES ORGANISED IN YACHTING.

- ALL NON-MEDICALLY JUSTIFIED CIRCUMCISIONS.
- BETTING AND/OR DEFIANCE,
- QUARRELS AND/OR HEATED ARGUMENTS, EXCEPT IN CASE OF LEGITIMATE SELF-DEFENCE (A REPORT FROM THE AUTHORITIES WILL BE USED AS PROOF),
- DISTURBANCES AND MEASURES TAKEN TO COMBAT SUCH DISTURBANCES, UNLESS THE POLICYHOLDER AND/OR THE MEMBER ENTITY AND/OR THE MEMBER AND/OR THE BENEFICIARY PROVES THAT THE MEMBER DID NOT ACTIVELY PARTICIPATE,
- ACCIDENTS OCCURRING DURING PARTICIPATION IN OR IN THE PREPARATION OF CRIMES OR OFFENCES,
- THE CONSEQUENCES OF DRUNKENNESS AND/OR INTOXICATION,
- ACTS OF NUCLEAR, RADIOLOGICAL, BIOCHEMICAL AND CHEMICAL (NRBC) ATTACK OR TERRORISM,
- COSTS RESULTING DIRECTLY OR INDIRECTLY FROM VOLUNTARY PLASTIC SURGERY, SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES, IMPOTENCE TREATMENT, STERILISATION OR FERTILISATION TREATMENT, VASECTOMY, SEX CHANGE OR SIMILAR NON-MEDICAL TREATMENTS.

### 10- EXCLUDED BENEFITS

THE FOLLOWING BENEFITS ARE NOT COVERED UNDER THIS CONTRACT, EXCEPT OTHERWISE MENTIONNED IN THE TABLE OF BENEFITS:

- ANY MEDICAL EXPENSES FOR TREATMENTS OR PRESCRIBED ACTS PRIOR TO THE EFFECTIVE DATE OF THIS CONTRACT OR DURING THE WAITING PERIODS IF ANY,
- ANY MEDICAL AND SURGICAL EXPENSES WHICH ARE NOT PRESCRIBED BY A QUALIFIED MEDICAL ENTITY,
- ACTS SUBJECT TO "PRIOR APPROVAL" FOR WHICH THE AGREEMENT HAS NOT BEEN REQUESTED NOR REFUSED,
- TREATMENTS OUTSIDE OF THE AREA OF COVER,
- ANY FORM OF EXPERIMENTAL OR UNREGULATED TREATMENT WHICH ARE NOT COMMONLY ACCEPTED, CUSTOMARY OR TRADITIONAL MEDICAL PRACTISES, UNLESS FORMALLY ACCEPTED BY THE INSURER,
- PREVENTIVE TREATMENTS, HEALTH CHECK-UPS AS WELL AS SCREENING EXAMINATIONS, (SEAFARERS', EXPATRIATION AND/OR EMPLOYMENT MEDICAL CHECK-UPS, NON-COMPULSORY VACCINATIONS, MALARIA MEDICATION, CHECK-UPS WITHOUT MEDICAL REASONS AND PRESCRIPTIONS) UNLESS OTHERWISE STIPULATED IN THE CONTRACT,



- ADDITIONAL OR CONVENIENCE FEES IN CASE OF HOSPITALISATION (TELEPHONE, TELEVISION....)
- THE COSTS OF DELIVERY BY C-SECTION, UNLESS IT IS MEDICALLY JUSTIFIED OR CUSTOMARY IN THE BIRTH COUNTRY,
- COSTS RELATED TO FERTILITY, COMPLICATIONS OR ILLNESS FOLLOWING PREGNANCY AS A RESULT OF IN VITRO FERTILISATION, CONTRACEPTION, STERILISATION OR NON-MEDICALLY NECESSARY TERMINATION OF PREGNANCY,
- EXPENSES INCURRED FOR THE ACQUISITION OF AN ORGAN,
- ANY OPERATION OR TREATMENT RELATED TO GENDER REASSIGNMENT,
- COSMETIC TREATMENTS, REJUVENATION TREATMENTS, WEIGHT LOSS TREATMENTS,
- VERIFICATIONS, STUDIES, STERILIZATION, SEXUAL DYSFUNCTIONS, CONTRACEPTION EXCEPT FOR ACTS OF INSERTION OR REMOVAL OF CONTRACEPTIVE DEVICES,
- MEDICAL CARES, ACTS AND TREATMENTS THAT DO NOT COMPLY WITH LOCAL LEGISLATION AND IN ACCORDANCE WITH LOCAL LEGISLATION,
- ANY ELECTIVE/VOLUNTARY SURGERY AND/OR PLASTIC/COSMETIC SURGERY,
- THERMAL CURES,
- MEDICAL EXPENSES RELATED TO A STAY IN A THALASSOTHERAPY CENTER, A FITNESS CENTER,
- MEDICAL EXPENSES RELATED TO A STAY IN A REST HOME OR A CONVALESCENT HOME, UNLESS THE STAY IS CONSECUTIVE TO A HOSPITALISATION THAT LASTED MORE THAN 30 DAYS OR A MAJOR SURGERY,
- CONSULTATIONS, TREATMENTS AND COMPLICATIONS RELATED TO HAIR LOSS OR HAIR IMPLANTATION UNLESS THIS MEDICAL TREATMENT IS RELATED TO HAIR LOSS CAUSED BY A CRITICAL ILLNESS,
- TREATMENTS TO CHANGE THE REFRACTION OF AN EYE OR EYES (LASER EYE CORRECTION), FOR STANDARD ESSENTIAL, STANDARD AND PERFECT,
- UNPRESCRIBED MEDICATIONS, UNCOMMONLY USED NON-MEDICAL PRODUCTS SUCH AS MEDICAL ALCOHOL, HYDROPHILIC COTTON, SUNSCREEN LOTIONS, DENTAL HYGIENE PRODUCTS, BANDAGES, SHAMPOOS...
- THE FOLLOWING MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS :
  - MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS RELATED TO THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: ALCOHOL, OPIATES, CANNABIS, SEDATIVES OR HYPNOTICS, COCAINE, STIMULANTS (INCLUDING CAFFEINE), HALLUCINOGENS, TOBACCO, VOLATILE SOLVENTS, POLYDRUGS AND OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDERS.
  - SOMATOFORM DISORDERS,
  - SEXUAL DYSFUNCTIONS,
  - NON-ADDICTIVE SUBSTANCE ABUSE,
  - UNSPECIFIED BEHAVIOURAL SYNDROMES ASSOCIATED WITH PHYSIOLOGICAL DISTURBANCES OR PHYSICAL FACTORS,
  - MENTAL DISORDER, WITHOUT FURTHER INDICATION.
- ANY SERVICES, PRESCRIPTIONS OR TREATMENTS WHICH ARE NOT NECESSARY FOR THE TREATMENT OF A COVERED LOSS OR WHICH ARE NOT PRESCRIBED BY A PHYSICIAN,
- NON-MEDICAL EXPENSES MENTIONED ON THE HOSPITAL BILL,
- FOOD AND DIETARY SUPPLEMENTS, BABY FOOD,
- OUTPATIENT TREATMENT FOR SLEEP DISORDERS,
- TREATMENT FOR WEIGHT LOSS OR PROBLEMS,
- EXPENSES INCURRED BY A MEMBER IN DISREGARD OF A DOCTOR'S ADVICE,
- PRODUCTS OBTAINED WITHOUT A DOCTOR'S PRESCRIPTION,
- VENEREAL DISEASES,
- COSTS OF BATTERIES, ELECTRICITY, MAINTENANCE AND RECHARGING OF INSTRUMENTS OR MEDICAL EQUIPMENT INCLUDING HEARING AIDS AND VISUAL AIDS.

## Section 5 – Definitions

The terms and expressions used in this contract have the meaning mentioned below:

**Accident:** is a sudden, unexpected event which causes a bodily injury and which is unintentional from the Insured Member. An acute disease or a chronic illness shall not be qualified as an Accident under this contract.

**Administrator:** legal entity that is entrusted for a limited period of time, which may be renewable, with the performance, on behalf of the Insurer, of management acts (call for contributions, payment of benefits etc...).

**Admission to the Hospital, for a stay of:**

- more than 24 hours, the admission to the Hospital is the formal document issued by the Hospital or any centre providing Hospital care to a patient who is allocated a room and meals as well as continuous

nursing care at the Hospital where the patient spends at least one night.

- less than 24 hours in relation to surgical procedures, admission to the Hospital is the formal document indicating that the patient is receiving nursing care and is allocated a bed even though he does not stay overnight at the Hospital.
- less than 24 hours for non-surgical procedures, admission to the Hospital is the formal document indicating that the patient has returned to the Hospital for less than 24 hours to undergo chemotherapy, radiotherapy or dialysis treatment. The patient completed his treatment at the Hospital and left him once it was finished.

**Ambulatory surgery:** a surgical procedure performed in a doctor's surgery, hospital, medical day-care centre or outpatient clinic, for which medical custody of the patient is not required.

**Beneficiary:** any insured person to whom the benefits paid by the Insurer under this contract are due in the event of the occurrence of the risk.

**Cancer:** a disease that manifests itself as a malignant tumour, characterised by uncontrolled and abnormal growth and spread of malignant cells to all parts of the body.

**Cancer treatment:** Covered expenses for cancer-related outpatient care, including specialist fees, medical imaging, diagnostic and laboratory tests, radiotherapy, chemotherapy, and hospitalisation costs.

**Check-ups:** medical tests performed in the absence of any apparent clinical symptom. The purpose of these tests is to anticipate the detection of diseases. They include the following tests: blood pressure, cholesterol, heart rate, respiration, temperature, cardiovascular examination, neurological examination, cancer screening.

**Country of expatriation:** the country, outside the Country of Origin, in which the Insured Member (Member and Dependant) has his/her habitual residence.

**Country of origin:** The country of which the Insured Member holds a passport.

**Claim:** any random event that may incur in benefits under this contract.

**Dental prosthesis:** prosthetic care, including placement of crowns, inlays, inlays and implants, as well as all necessary treatments, including reimbursement of laboratory costs and components.

**Dependant:** the Spouse or Civil Partner or Concubine (including the same sex partner) and/or any financially dependent child (including that of the Spouse or Civil Partner, any adopted or fostered child).

**Emergency:** term used in the event of an Accident or the onset of a serious illness requiring immediate medical assistance and treatment for the Insured Member or his/her Dependents. To qualify for Emergency under the terms of the contract the medical treatment must be performed within 24 hours by a general practitioner or a specialist whether in-patient or out-patient.

**Emergency ophthalmic surgery:** laser eye surgery, cataract surgery, glaucoma surgery, canaloplasty, refractive surgery, corneal surgery, vitreoretinal surgery, ocular muscle surgery and oculoplastic surgery

**Emergency dental treatment:** expenses covered under Hospitalisation, relating to emergency dental treatment necessitated by accidental damage to healthy and natural teeth.

**Emergency eye care:** expenses covered under Hospitalization, relating to emergency eye care required by an accidental injury.

**Emergency hospitalization:** a stay of more than forty-eight (48) consecutive hours in a public or private hospital facility for an unscheduled emergency procedure that cannot be rescheduled.

**Force majeure:** unforeseeable and irresistible event, which is of external origin to the debtor of the obligation.

**Hospital:** is any establishment which is licensed as a medical or surgical Hospital in the country where it operates and where the patient is permanently supervised by a medical practitioner. The following establishments are not considered Hospitals: rest and nursing homes, spas, cure-centres and health resorts.

**Hospitalisation:** a medical or surgical stay of at least 24 hours in a public or private hospital following an accident or illness. The following are covered: expenses related to operating theatre, intensive care, medical imaging, diagnostic and laboratory tests, prescribed drugs, expenses related to blood and/or plasma transfusions, surgical appliances, rental of

medical equipment, doctors' fees, including general nursing care.

**Home Care:** prescribed medical care administered by a certified nurse at the Insured Member's home, in compliance with the prescription of a doctor, immediately following or to replace hospitalisation or outpatient care.

**Illness:** any alteration in the Member's state of health, which has not been caused by an accident and which presents irrefutable objective symptoms established by a doctor.

**Insurance year:** the period of cover guaranteed by the Insurer starting on September 1<sup>st</sup> to December 31<sup>st</sup>, 2023. The contract is then renewed every September 1<sup>st</sup>.

**Insured Member:** maritime personnel, who may be the personnel or consultant appointed by the Shipowner or the Shipping Management Company.

**Insurer:** the organization which covers the risk guaranteed under this contract, i.e., MGEN, 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15, governed by the *Code de la mutualité* (the French Mutual Insurance Companies Code).

**Limitation period:** timeframe beyond which any party can no longer have the policy terms and conditions to be enforced.

**Local ambulance transport:** it is an ambulance transport within the same country, between the patient's residence or the place of the Accident to the nearest Hospital or medical facility best suited to the situation in case of an Emergency or a medical need. Subsequent transfer to another facility is covered if necessary.

**Major restorative dental care:** removal of impacted teeth, sunken or non-erect teeth, removal of solid odontomas and apicectomy.

**Mandatory vaccinations:** mandatory immunizations or injections required by the health authorities of the country where the treatment is administered or by the authorities of the country to which the Insured Member travels. Vaccinations are covered only under the above conditions.

**Maternity and childbirth expenses:** includes expenses related to hospitalisation for :

- pregnancy, childbirth and treatment before and after birth
- complications related to pregnancy.

These benefits are limited to expenses resulting from pregnancy and childbirth after the first ten months following the effective date of the benefit for the father or mother,

unless the waiting period is waived by the Insurer due to the existence of a previous contract and in order to maintain the same level of cover (without any interruption period).

**Maximum amounts:** there are two types of maximum amounts listed in the Appendix Tables of Benefits:

- The annual global benefit limit is the maximum amount that the Insurer will pay for all benefits, per insured person, per insurance year.
- Some benefits also have a specific maximum limit, which may be applied per insurance year, or per benefit (dental, maternity, optical, etc.).

**Medically Necessary:** applies to the acts and equipment which are defined from a medical point of view as suitable and necessary. They must:

- be necessary to evaluate or cure a patient's condition, illness or injury.
- be adequate for the patient's symptoms, diagnosis or treatment.
- comply with commonly accepted medical practices and professional medical standards performed by the medical community at the time of care.
- be performed for other reasons than the comfort or convenience of the patients or their doctor.
- have a proven and demonstrated medical effect.
- be considered the most suitable type and level.
- be performed with enough quantity and quality equipment and at the suitable level of care required by the patient's condition.
- be provided only during a suitable period of time to the patient's condition.

The term "suitable" takes into consideration patient safety and cost of treatment. "Medically Necessary" can also be applied to a Hospitalisation in the situation that care or diagnosis cannot be carried out with safety and efficiency in outpatient facilities.

**Member Entities:** legal entities member of the Policyholder which joined the contract and pays its premium.

**Mental and behavioural disorders:** reimbursement by the Insurer of the cost of consultations necessary for the treatment of mental and behavioural disorders which are related to an event occurring during the period of the mission. These disorders may be psychiatric, psychological, emotional, mental or behavioural, regardless of whether a physiological cause is known or suspected and classified as a mental and behavioural disorder in the International Classification of the World Health Organisation.

**Optical equipment:** glasses, frames and medically necessary contact lenses prescribed by an ophthalmologist.

**Organ transplant:** surgery consisting in transplanting an organ or tissues such as heart, heart/valve, heart/lung, liver, pancreas, pancreas/kidney, kidney, spinal cord, parathyroid, muscle/bone or cornea. **The fees incurred for the acquisition of an organ are not reimbursable.**

**Orthodontics:** use of devices to correct a malocclusion and to ensure the proper functioning and alignment of the teeth.

**Outpatient surgery:** surgical procedure carried out in a medical practice, Hospital, day or ambulatory medical centre, for which a Hospital or clinic stay is not necessary.

**Paramedics:** nurses, assistant nurses and other government certified medical workers

**Pharmaceutical costs:** medical products - including insulin and hypodermic syringes - which have been prescribed by a physician for the treatment of an illness or to compensate for a deficiency of a vital substance to the body. The prescribed medication must have a proven medical effect and be recognized by the regulatory and pharmaceutical controlling authorities in the country in which it is prescribed.

**Policyholder:** the subscribing Association which signs the contract for its Member Entities, and which is sole responsible for the premium payment composed of all the premiums of the Member Entities.

**Prescribed medications:** medications that are legally required to be prescribed by a physician to be sold and used. Products that can be purchased without a prescription are not included in this definition.

**Psychotherapy:** treatments for mental disorders carried out by a psychiatrist or psychologist

**Rehabilitation:** treatment is aimed at restoring a normal form and / or function after an Accident or serious illness. The rehabilitation process must begin within 30 days of hospitalisation for an Accident or an illness.

**Routine dental care:** dental examinations, tooth extractions, tooth extractions, tooth cleaning, normal fillings, root canal treatment, periodontal treatment, periodontal disease treatment, gum treatment, and radiographic examination.

**Surgery:** medical acts performed under anaesthesia (general or local) or reaching an organ to be treated after incision are considered surgical acts.

**Surgical procedure:** procedures performed under anaesthesia (general or local) or the reaching of an organ to be treated after incision, are considered surgical procedures.

**Surgical devices and equipment:** apparatuses and devices required during Surgery. This includes prostheses or devices such as joint replacement joints, screws, plates, valve replacement devices, endovascular stents, implantable defibrillators and pacemakers.

**Treatment:** necessary medical procedure to cure or relieve illness, infection or injury.

**Unexpected illness:** any medically observed, sudden and unpredictable deterioration of health.

**Waiting period:** period during which the Member is not entitled to certain benefits.

## APPENDIX 1: TABLE OF BENEFITS

The benefits and maximum amounts specified in the Table of Benefits are based on actual costs per beneficiary and per membership year. Medical expenses are reimbursed from the first euro (€), up to the limits indicated in the Table of Benefits.

**Prior approval:**

(1) and (2): Prior approval is required for benefits indicated in the Table of Benefits with (1) or (2).

### - « ESSENTIAL » PLAN -

<b>MAXIMUM AMOUNT OF REIMBURSEMENTS</b>	
<b>€ 100,000 per Insured Member and per membership year</b>	
Designation of acts	Reimbursements
<b>HOSPITALISATION (1)</b>	
Accommodation costs	100% of actual expenses
Intensive care (including operating costs)	100% of actual expenses
Medical imaging	100% of actual expenses
Examination and laboratory costs	100% of actual expenses
Costs of medication and medical treatment	100% of actual expenses
Blood and/or plasma transfusion	100% of actual expenses
Surgical equipment	100% of actual expenses
Medical equipment rental	100% of actual expenses
Physician's fees	100% of actual expenses
Nursing care	100% of actual expenses
Outpatient surgery - Day care	100% of actual expenses
Cancer treatment	100% of actual expenses
Organ transplant	100% of actual expenses
Emergency dental treatment after an accident	100% of actual expenses
Emergency eye care after an accident	100% of actual expenses
Local transport costs	80% of actual expenses
Maternity and childbirth (2): Pregnancy, Prenatal and postnatal treatment, Childbirth, Pregnancy-related complications	100% of actual expenses up to a maximum of €3,000
<b>OUTPATIENT CARE</b>	
<b>Maximum reimbursement amount: €3,000 per insured person per membership year</b>	
Specialist and general practitioner fees	80% of actual expenses up to a maximum of €3,000
Prescribed medicines	80% of actual expenses up to a maximum of €3,000
Medical imaging	80% of actual expenses up to a maximum of €3,000
Diagnostic and laboratory tests, surgical equipment	80% of actual expenses up to a maximum of €3,000
Prescribed medical devices	80% of actual expenses up to a maximum of €3,000
Mandatory vaccinations	80% of actual expenses up to a maximum of €3,000
Medically prescribed check-ups	80% of actual expenses up to a maximum of €3,000

Cancer treatment	80% of actual expenses
Mental and behavioural disorders caused by an accident during the working period (holiday periods are not covered)	80% of actual costs up to 10 sessions per membership year

### - « STANDARD » PLAN -

<b>MAXIMUM AMOUNT OF REIMBURSEMENTS</b> € 100,000 per Insured Member and per membership year	
Designation of acts	Reimbursements
<b>HOSPITALISATION (1)</b>	
Accommodation costs	100% of actual expenses
Intensive care (including operation costs)	100% of actual expenses
Medical imaging	100% of actual expenses
Examination and laboratory costs	100% of actual expenses
Costs of medicines and medical treatment	100% of actual expenses
Blood and/or plasma transfusion	100% of actual expenses
Surgical equipment	100% of actual expenses
Medical equipment rental	100% of actual expenses
Physician's fees	100% of actual expenses
Nursing care	100% of actual expenses
Outpatient surgery - Day care	100% of actual expenses
Cancer treatment	100% of actual expenses
HIV/AIDS	80% of actual expenses
Organ transplant	100% of actual expenses
Local transportation costs	80% of actual expenses
Maternity and childbirth (2): Pregnancy, Prenatal and postnatal treatment, Childbirth, Pregnancy-related complications	100% of actual expenses up to a maximum of €3,000
Childbirth allowance	€50 per child
<b>OUTPATIENT CARE</b>	
Deductible for Outpatient Care	€100 per year per insured person
Specialist and general practitioner fees	80% of actual expenses
Prescribed medication	80% of actual expenses
Medical Imaging	80% of actual expenses
Diagnostic and laboratory tests, surgical equipment	80% of actual expenses
Prescribed medical equipment	80% of actual expenses
Mandatory vaccinations	80% of actual expenses
Medically prescribed check-ups	80% of actual expenses
Prescribed preventive care and examinations	80% of actual expenses
Nursing at home - Outpatient care - Palliative care	80% of actual expenses 80% of actual expenses, up to a maximum of €500
Outpatient care for mental and behavioural disorders - 18 month waiting period	80% of actual costs up to a limit of 10 sessions for the duration of the Membership, for accidents occurring during working hours
Cancer treatment	80% of actual expenses
<b>DENTAL CARE</b> Limit per Beneficiary and per insurance year: €600	
Routine dental care	80% of actual expenses

Major restorative dental care	50% of actual expenses
Dental prostheses	50% of actual expenses
Emergency dental treatment	100% of actual expenses, up to a maximum of €500 per event
<b>OPTICAL CARE</b>	
Limit per Beneficiary and per insurance year: €300	
Ophthalmic treatment	80% of actual expenses
Laser eye surgery: laser eye surgery, cataract surgery, glaucoma surgery, canaloplasty, refractive surgery, corneal surgery, vitreoretinal surgery, eye muscle surgery and oculoplastic surgery.	80% of actual expenses, benefit valid once for the entire duration of the membership
Optical equipment	80% of actual expenses
Emergency optical treatment	100% of actual expenses, up to a maximum of €500.

## - « PERFECT » PLAN

<b>MAXIMUM AMOUNT OF REIMBURSEMENTS</b>	
<b>€ 500,000 per Insured Member and per membership year</b>	
Designation of acts	Reimbursements
<b>HOSPITALISATION (1)</b>	
Accommodation costs	100% of actual expenses
Intensive care (including operation costs)	100% of actual expenses
Medical imaging	100% of actual expenses
Examination and laboratory costs	100% of actual expenses
Costs of medicines and medical treatment	100% of actual expenses
Blood and/or plasma transfusion	100% of actual expenses
Surgical equipment	100% of actual expenses
Medical equipment rental	100% of actual expenses
Physician's fees	100% of actual expenses
Nursing care	100% of actual expenses
Outpatient surgery - Day care	100% of actual expenses
Cancer treatment	100% of actual expenses
HIV/AIDS	80% of actual expenses
Organ transplant	100% of actual expenses
Local transportation costs	80% of actual expenses
Maternity and childbirth (2): Pregnancy, Prenatal and postnatal treatment, Childbirth, Pregnancy-related complications	100% of actual expenses, up to a maximum of €5,000.
Childbirth allowance	€50 per child
<b>OUTPATIENT CARE</b>	
Deductible for Outpatient Care	€ 100 per year per insured person
Specialist and general practitioner fees	100% of actual expenses
Prescribed medication	100% of actual expenses
Medical imaging	100% of actual expenses
Diagnostic and laboratory tests, surgical equipment	100% of actual expenses
Prescribed medical equipment	100% of actual expenses
Mandatory vaccinations	100% of actual expenses
Medically prescribed check-ups	100% of actual expenses
Non-prescribed preventive care and tests	100% of actual expenses up to €600

Prescribed preventive care and examinations	100% of actual expenses
Prescribed hearing aids	100% of actual expenses up to €300
Alternative medicine: Acupuncture, Chiropractic, Chinese medicine, Osteopathy	100% of actual expenses up to €3,000
Nursing at home - Outpatient care - Palliative care	100% of actual expenses 100% of actual expenses up to €600
Outpatient care for mental and behavioural disorders - 18 month waiting period	100% of actual costs up to a limit of 10 sessions for the duration of the Membership and whether these sessions are related to an accident occurring during the Insured Member's working hours
Cancer treatment	100% of actual expenses
<b>DENTAL CARE</b> Limit per Beneficiary per policy year: €3,000	
Routine dental care	100% of actual expenses
Major restorative dental care	60% of actual expenses
Dental prostheses	100% of actual expenses
Emergency dental treatment	100% of actual expenses
<b>OPTICAL CARE</b> Limit per Beneficiary and per insurance year: €1,500	
Ophthalmic treatment	80% of actual expenses
Laser eye surgery: laser eye surgery, cataract surgery, glaucoma surgery, canaloplasty, refractive surgery, corneal surgery, vitreoretinal surgery, eye muscle surgery and oculoplastic surgery.	80% of actual expenses, benefit valid once for the entire duration of the membership
Optical equipment	80% of actual expenses
Emergency optical treatment	100% of actual expenses, up to a maximum of €500.

### - « PRIVILEGE » PLAN -

<b>MAXIMUM AMOUNT OF REIMBURSEMENTS</b> € 2,00,000 per Insured Member and per membership year	
Designation of acts	Reimbursements
<b>HOSPITALISATION (1)</b>	
Accommodation costs	100% of actual expenses
Intensive care (including operating costs)	100% of actual expenses
Medical imaging	100% of actual expenses
Examination and laboratory costs	100% of actual expenses
Costs of medicines and medical treatment	100% of actual expenses
Blood and/or plasma transfusion	100% of actual expenses
Surgical equipment	100% of actual expenses
Medical equipment rental	100% of actual expenses
Physicians' fees	100% of actual expenses
Nursing care	100% of actual expenses
Allowance for nights spent in hospital: if the basic scheme ever intervenes to pay for a night in hospital, payment of an allowance to the Insured Member	€50 per night and with a minimum of 2 nights



Outpatient surgery - Day care	100% of actual expenses
Cancer treatment	100% of actual expenses
HIV/AIDS	100% of actual expenses
Organ transplant	100% of actual expenses up to €200,000 per illness
Inpatient care for mental and behavioural disorders - 10 month waiting period	100% of actual expenses, up to a maximum of €100,000
Local transport costs	100% of actual expenses
<b>Maternity and childbirth (2)</b>	
Pregnancy, Prenatal and postnatal treatment, Delivery, Pregnancy-related complications, Congenital malformations	100% of actual costs up to a maximum of €12,500
<b>OUTPATIENT CARE</b>	
Specialist and general practitioner fees	100% of actual expenses
Prescribed Medication	100% of actual expenses
Medical imaging	100% of actual expenses
Diagnostic and laboratory tests, surgical equipment	100% of actual expenses
Prescribed hearing aids	100% of actual expenses
Mandatory vaccinations	100% of actual expenses
Medically prescribed check-ups	80% of actual expenses
Prescribed preventive care and examinations	100% of actual expenses up to a maximum of €1,500 per year
Hearing aids	100% of actual expenses, provided that the prostheses are prescribed following an accident or illness
Alternative medicine: Acupuncture, Chiropractic, Chinese medicine, Osteopathy	100% of actual costs, up to a maximum of €1,500 per year
Nursing at home - Outpatient care - Palliative care	100% of actual expenses 100% of actual expenses up to €5,000 per year
Outpatient care for mental and behavioural disorders - 18 month waiting period	100% of actual expenses up to a limit of 20 sessions during the term of the Membership
Cancer treatment	100% of actual expenses
<b>DENTAL CARE</b>	
Dental fees and dental care (preventive and surgical treatments), bone grafts, dentistry (including gingivectomy)	100% of actual expenses, up to a maximum of €2,500
Dental prostheses	100% of actual expenses, up to €600 per tooth/denture, plus €600 per tooth/implant. Coverage is limited to €3,000
Orthodontics (started before the child's 16th birthday)	100% of actual expenses up to €2,000 Per person per calendar year (3 years maximum during the term of Membership)
Emergency dental treatment	100% of actual expenses
<b>OPTICAL CARE</b>	
Treatment of visual disorders: ophthalmology consultation	100% of actual expenses
Laser eye surgery: laser eye surgery, cataract surgery, glaucoma surgery, canaloplasty, refractive surgery, corneal surgery, vitreoretinal surgery, eye muscle surgery and oculoplastic surgery.	100% of actual costs up to €700 per eye, for the duration of the membership

Optical equipment	100% of actual expenses, Up to €500 per person per calendar year
Emergency optical treatment	100% of actual expenses

## APPENDIX 2: ASSISTANCE AND REPATRIATION BENEFITS

The Insurer has appointed VYV International Assistance (VYV IA), "the Insurer", to organise the assistance and repatriation services under the conditions below.

### 1- Definitions

**Abroad:** any country except the Country of Origin.

**Accident:** any sudden, unforeseen event which is external to the victim or the thing damaged, constituting the cause of the damage. Food poisoning is assimilated to an Accident.

**Accommodation expenses:** additional hotel and telephone costs with the Assistance Provider, following a guaranteed event, excluding any food and drink costs.

**Authorized medical authority/doctor:** anyone with a legally recognized medical degree in the country where they usually practice their professional activity.

**Beneficiary:** Insured Member and his/her Dependents covered by the contract

**Claim:** consequences of an event leading to the implementation of one of the benefits subscribed. All consequences proceeding from the same initial cause shall be considered as one claim.

**Country of Origin:** country of nationality of the Insured Member appearing on his/her passport.

**Deductible:** share of the expenses left to be borne by the Insured Member in the settlement of the claim. The deductible amounts related to each benefit are specified in the Table of benefits.

**Disease:** any deterioration in the Insured Member's health as observed by a competent medical authority.

**Emergency Hospitalisation:** a stay of more than 48 consecutive hours in a public or private Hospital, for an Emergency intervention, originally unscheduled and which cannot be postponed.

**Funeral expenses:** costs of first conservation, handling, putting in coffin, specific transportation arrangements, conservation care made compulsory by legislation, simplest coffin, transportation in accordance with local legislation.

Funeral expenses under this agreement do not include burial, embalming and funeral service costs.

**Limitation period:** period beyond which no claim is no longer admissible: within two (2) years of the event giving rise to it.

**Medical emergency:** an unexpected medical event.

**Medical expenses:** pharmaceutical, surgical, consultation and Hospital costs medically prescribed and necessary for the diagnosis and treatment of an urgent condition.

**Residence:** main residence located in the country of expatriation, outside the Country of Origin.

**Scheduled Hospitalisation:** stay of more than 48 consecutive hours in a public or private Hospital, for an intervention scheduled at least fifteen (15) days in advance.

**Subrogation:** action by which the Assistance Provider replaces the rights and actions of the Insured Member against a potential responsible person or company further to an injury/illness suffered by the Insured Member and in order to obtain the reimbursement of the sums that the Assistance Provider paid to the Insured Member further to a claim.

**Trip:** the route taken to the destination indicated on the ticket or travel registration form, regardless of the number of flights taken, whether it is the outbound or return trip.

As soon as the Insured Member requests the services of the Assistance Provider, decisions related to the nature, relevance and arrangement of the actions to be implemented belong exclusively to the Assistance Provider.

### 2- Medical information

The Assistance Provider provides the Insured Members with a 24-hour helpline for medical information. On a simple phone call, the Assistance Provider's doctors answer medical questions and can provide the contact details of physicians or Hospitals likely to arrange appointments.

### 3- Accident, illness and unforeseen event assistance

#### 3.1 Repatriation assistance at home

Following a Hospitalisation of more than 24 hours or an incapacity to work of more than 3 weeks and if the Member is unable to carry out his profession due to an objective and actual reduction in his state of health following an illness or an accident during the period of cover, the Insurer organises the repatriation of the Member to his country of residence or country of origin. This repatriation includes the transport of personal effects up to a maximum of 2 pieces of luggage in the hold.

**Decisions are taken solely on the basis of the beneficiary's medical interests and are the sole responsibility of the Insurer's doctors in agreement with the local attending doctors.** The Assistance Provider's doctors will contact the local medical facilities and, if necessary, the beneficiary's usual doctor, in order to gather the information needed to take the most appropriate decisions for the beneficiary's state of health.

The repatriation of the beneficiary is decided and managed by medical personnel who hold a diploma legally recognised in the country where such medical personnel usually carry out their professional activity.

**If the beneficiary refuses to follow the decisions taken by the Assistance Provider's medical board, the beneficiary releases the Assistance Provider from all responsibility for the consequences of such an initiative and loses all rights to benefits and compensation from the Assistance Provider.**

**In addition, the Insurer cannot under any circumstances substitute itself for the local emergency rescue organisations, nor can it assume responsibility for the costs thus incurred.**

**With regard to pregnant women:** due to the risks that may endanger the health of women at an advanced stage of pregnancy, the airlines apply restrictions, which vary according to the company and may be modified without prior notice: medical examination at the latest forty-eight (48) hours before departure, presentation of a medical certificate, request for the airline's medical approval. In case of necessity, subject to the above conditions, the Assistance Provider will organise the transport of the beneficiary by air on the express condition that the doctors and/or the airlines do not object.

#### 3.2 Medical evacuation

The Assistance Provider will pay for and organise the emergency medical transport of the Member to the nearest Hospital adequately equipped to receive and treat the patient. The limit of intervention is that indicated in the table of Assistance benefits.

In the event of a medical emergency, the Assistance Provider will pay the costs of the specialised medical transfer required to evacuate the beneficiary to the nearest suitable hospital. Only the medical authorities of the Assistance Provider are entitled to decide on the repatriation and the choice of the means of transport.

#### 3.3 Visiting a person who is ill or hospitalized abroad

If the medical condition of the Member does not allow him/her to be repatriated or if he/she has died, the Assistance Provider will ensure that a person can visit him/her, in consultation with the Member and/or his/her attending physician. In this case, the Assistance Provider will pay the urgent travel expenses of this person provided that they have been accepted in advance by the Insurer.

#### 3.4 Repatriation of the deceased

The Assistance Provider organises the repatriation of the Member's body to the country of residence or country of origin. These costs, as well as the necessary post-mortem treatment, are covered by the Assistance Provider within the limit of the amount specified in the table of Assistance benefits.

#### 3.5 Emergency return

In the event of unforeseen hospitalisation of a family member lasting more than 48 hours or in the event of the death of a family member during the Member's stay abroad. The Assistance Provider will pay for an economy class plane ticket or a first class train ticket to enable the beneficiary to return to his/her country of residence or country of origin. Insurer is under the control of the Assistance Provider.

#### 3.6 Ticket for the return of the Insured Member or substitute

The Assistance Provider will provide an economy class air ticket or a first class train ticket and will pay for it within the limits indicated in the table of Assistance benefits in order to allow the Member to reach his/her place of embarkation after insured repatriation. If the Member is unable to reach his/her place of embarkation, a substitute may take the Member's place.

#### 4- Risks and benefits excluded

THE COSTS INCURRED ARE NOT COVERED BY THE ASSISTANCE PROVIDER IF THEY RESULT FROM THE FOLLOWING FACTS:

- AN ILLNESS OR ACCIDENT WHICH IS THE VOLUNTARY ACT OF THE PERSON COVERED, OR RESULTS FROM VOLUNTARY MUTILATION,
- THE CONSEQUENCES OF A CIVIL WAR, INSURRECTION, RIOT, ATTACK OR POPULAR MOVEMENT, UNLESS THE PERSON COVERED IS NOT TAKING AN ACTIVE PART IN THE EVENT OR IS CALLED UPON TO CARRY OUT A MAINTENANCE OR SURVEILLANCE MISSION IN ORDER TO ENSURE THE SAFETY OF PERSONS AND PROPERTY ON BEHALF OF THE MEMBER ENTITY,
- ANY INTENTIONAL ACT WHICH MAY GIVE RISE TO COVER UNDER THE CONTRACT AND ANY CONSEQUENCES OF A CRIMINAL PROCEDURE TO WHICH THE MEMBER IS SUBJECT,
- A LOSS RESULTING DIRECTLY OR INDIRECTLY FROM THE DISINTEGRATION OF THE ATOMIC NUCLEUS,
- THE FAILURE OF THE MEMBER TO OBSERVE OFFICIAL PROHIBITIONS, AS WELL AS THE FAILURE TO OBSERVE OFFICIAL SAFETY RULES, LINKED TO THE PRACTICE OF A SPORTING ACTIVITY,
- THE CONSEQUENCES OF SPORTING COMPETITIONS OTHER THAN THOSE OF PURE AMATEURISM. THIS EXCLUSION DOES NOT APPLY TO:
  - THE PRACTICE OF SPORTS FOR WHICH THE MEMBER HAD A PROFESSIONAL CERTIFICATE NECESSARY FOR THE MANAGEMENT OF SUCH PRACTICE AND/OR IF SUCH PRACTICE IS PART OF HIS EMPLOYMENT CONTRACT;
  - TOURING RALLYS FOR WHICH NO TIME AND/OR SPEED STANDARD IS/IS IMPOSED;
  - REGATES ORGANISED IN YACHTING.
- ALL NON-MEDICALLY JUSTIFIED CIRCUMCISIONS.
- BETS AND/OR CHALLENGES,
- QUARRELS AND/OR HEATED ARGUMENTS, EXCEPT IN CASE OF LEGITIMATE SELF-DEFENCE (A REPORT FROM THE AUTHORITIES WILL BE USED AS PROOF)
- DISTURBANCES AND MEASURES TAKEN TO COMBAT SUCH DISTURBANCES, UNLESS THE POLICYHOLDER AND/OR THE MEMBER AND/OR THE BENEFICIARY CAN PROVE THAT THE MEMBER DID NOT ACTIVELY PARTICIPATE IN THEM,
- ACCIDENTS OCCURRING DURING PARTICIPATION IN OR IN THE COURSE OF THE PREPARATION OF CRIMES OR OFFENCES,
- THE CONSEQUENCES OF DRUNKENNESS AND/OR INTOXICATION,

- ACTS OF NUCLEAR, RADIOLOGICAL, BIOCHEMICAL AND CHEMICAL (NRBC) ATTACK OR TERRORISM,
- COSTS RESULTING DIRECTLY OR INDIRECTLY FROM VOLUNTARY PLASTIC SURGERY, SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES, IMPOTENCE TREATMENT, STERILISATION OR FERTILISATION TREATMENT, VASECTOMY, SEX CHANGE OR SIMILAR NON-MEDICAL TREATMENTS,
- COSTS INCURRED WITHOUT THE PRIOR AGREEMENT OF THE INSURER,
- THE POSSIBLE RESULTS (CHECK-UP, ADDITIONAL TREATMENT, ETC.) OF A CONDITION WHICH HAS PREVIOUSLY GIVEN RISE TO REPATRIATION,
- THE CONSEQUENCES OF BENIGN ILLNESSES OR LESIONS THAT CAN BE TREATED ON THE SPOT,
- VOLUNTARY INTERRUPTION OF PREGNANCY, EXCEPT IN THE CASE OF A MEDICALLY NECESSARY INTERRUPTION OF PREGNANCY IN ACCORDANCE WITH LOCAL LEGISLATION, CHILDBIRTH, IN VITRO FERTILISATION AND ITS CONSEQUENCES, AS WELL AS PREGNANCIES WHICH HAVE GIVEN RISE TO HOSPITALISATION IN THE SIX (6) MONTHS PRECEDING THE REQUEST FOR ASSISTANCE,
- PSYCHIATRY,
- THE CONSEQUENCES OF AN ACCIDENT OCCURRING DURING THE PRACTICE BY THE BENEFICIARY OF AN AERIAL SPORT (INCLUDING HANG-GLIDING, PARAGLIDING, GLIDING) OR ONE OF THE FOLLOWING SPORTS: SKELETON, BOBSLEIGH, SKI JUMPING, MOUNTAINEERING WITH ROPE ACCESS, ROCK CLIMBING, SCUBA DIVING WITH AUTONOMOUS APPARATUS, SPELEOLOGY, BUNGEE JUMPING, PARACHUTING,
- EXPENSES NOT EXPRESSLY MENTIONED AS GIVING RISE TO REIMBURSEMENT, AS WELL AS CATERING COSTS AND ANY EXPENSE FOR WHICH THE BENEFICIARY CANNOT PRODUCE PROOF.

#### 5- Implementation

The Insured Member must contact the Assistance Provider or have a third party to contact them, as soon as the situation may result in an early return or potential claims within the scope of this contract.

The Assistance Provider's services are available 24 hours a day, 7 days a week by telephone: 00 33 5 86 85 00 49 if the beneficiary is outside France, and 05 86 85 00 49 if the beneficiary is in France.

Indicating:

- The name and number of the insurance contract taken out,
- The name of the manager of the health insurance contract,

- **The name and first name of the beneficiary,**
- **The name of the benefit requested,**
- **The telephone number or address where the beneficiary can be reached, as well as the contact details of the persons caring for him/her,**
- **To the Insurer's doctors, all medical information concerning the beneficiary or the person who needs the Insurer's intervention.**

#### **For a reimbursement request**

The Insured Member must communicate to the Assistance Provider all supporting documents to assess the validity of the claim in order to be refunded from any advanced expenses, with the approval of the Assistance Provider.

**Benefits which have not been submitted to prior approval nor have been organized by the Assistance Provider will not be subject to reimbursement nor compensatory allowance.**

In the event of Force Majeure, or on an exceptional basis, the Shipowner may be allowed to advance certain Assistance or Repatriation costs. In this case, the services which have been advanced will only be reimbursed if the expenses incurred are "reasonable and customary" within the meaning of Article 8.1 of this information leaflet, and after subsequent agreement by the Insurer.

#### **For transportation**

When the Assistance Provider arranges and covers transportation under these benefits, it must be by 1st class train and/or economy class plane or even by taxi, according to the decision of the Assistance Provider. The Assistance Provider then becomes the owner of the initial return tickets for the unused portion and the Insured Member must forward to the Assistance Provider any refund for the initial return trip.

When the Insured Member does not initially hold a return ticket, the Assistance Provider requests to the Insured member to reimburse the costs of a return ticket, on the basis of 1st class train ticket and/or economy plane ticket, at the time of the Insured Member's early return and with the transportation company that sent him/her there.

### **6- Framework for assistance interventions**

The Assistance Provider operates in compliance with national and international laws and regulations and the services are subject to obtaining the necessary authorizations by local competent authorities.

Moreover, the Assistance Provider cannot be held liable for delays or obstructions in the implementation of the agreed services further to force majeure or events such as strikes, riots, grass-roots movements, restrictions on free movement, sabotage, terrorism, civil or foreign war, consequences of the effects of a source of radioactivity or any other fortuitous occurrence.

## TABLE OF BENEFITS ASSISTANCE – REPATRIATION

Benefits	EUR coverage level
<b>ASSISTANCE - REPATRIATION ESSENTIAL - STANDARD</b>	
Repatriation assistance at home	Actual costs Up to €12,500
Medical repatriation from the ship to the coast	Actual costs Up to €12,000
Visiting a person who is ill or hospitalized abroad	Actual costs Up to €2,000
Repatriation of the deceased	Actual costs Up to €12,500
Emergency return	Actual costs Up to €1,500
Ticket for the return of the Insured Member or substitute	Actual costs Up to €1,500
Medical advice by telephone	Included
Second medical diagnosis	Included

GARANTIES	NIVEAU DE COUVERTURE EN EUR
<b>ASSISTANCE – RAPATRIEMENT PERFECT</b>	
Repatriation assistance at home	Actual costs Up to €12,500
Medical repatriation from the ship to the coast	Actual costs Up to €25,000
Visiting a person who is ill or hospitalized abroad	Actual costs Up to €2,000
Repatriation of the deceased	Actual costs Up to €12,500
Emergency return	Actual costs Up to €1,500
Ticket for the return of the Insured Member or substitute	Actual costs Up to €1,500
Medical advice by telephone	Included
Second medical diagnosis	Included

GARANTIES	NIVEAU DE COUVERTURE EN EUR
<b>ASSISTANCE – RAPATRIEMENT PRIVILEGE</b>	
Repatriation assistance at home	Included

Medical repatriation from the ship to the coast	Included
Visiting a person who is ill or hospitalized abroad	Fully covered
Repatriation of the deceased	Fully covered
Emergency return	Fully covered
Ticket for the return of the Insured Member or substitute	Fully covered
Medical advice by telephone	Fully covered
Second medical diagnosis	Fully covered
Repatriation assistance at home	Fully covered



*The MGENIB1100430SAN contract is a compulsory group insurance contract  
Subscribed by the We Care All Association on behalf of its Member Entities  
with MGEN,*

*A mutual insurance company regulated by the provisions of Tome II of the Code de la mutualité (the French Mutual Insurance  
Companies Code)*

*Registered under the number SIREN 775 685 399, 3 square Max-Hymans – 75 748 PARIS Cedex 15.  
VYV-IB, 3-7 Square Max-Hymans, 75 648 Paris Cedex 15 RCS Paris 813 36 1441 ORIAS 16002500.*



Numéro de contrat : MGENIB1100430SAN

# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

Santé - Assistance – rapatriement

1<sup>er</sup> EUR

*We Care All - Yachting*

*Document contractuel*

*A effet du 1<sup>er</sup> septembre 2022*

*En qualité de personnel ou consultant missionné par un Armateur ou la Société de Gestion Maritime, vous bénéficiez des garanties de santé, assistance – rapatriement souscrites par l'Association We Care All pour le compte de ses Entités Adhérentes, auprès de MGEN (ci-après « l'Organisme assureur »), représenté par VYV International Benefits, sous le numéro de contrat N° MGENIB1100430SAN, qui a pour objet de garantir les remboursements de frais médicaux reconnus par la Sécurité sociale française, dès le premier EUR.*

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

*Intermédié par I.C.S. ASSURANCES ET FINANCES, WYCC,  
10 rue Michel Rodange  
L-2430 Luxembourg (RCS N°B59616)*

## Table des matières

<b>Section 1 - Objet et base de la notice d'information</b> .....	2
<b>Section 2 – les Adhérents</b> .....	5
<b>Section 3 – Les prestations</b> .....	6
<b>Section 4 - Risques et prestations exclues au titre des prestations santé</b> .....	9
<b>Section 5 – Définitions</b> .....	12
<b>ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX</b> .....	16
<b>ANNEXE 2 : GARANTIES D'ASSISTANCE ET RAPATRIEMENT</b> .....	22
<b>TABLEAU DES GARANTIES ASSISTANCE - RAPATRIEMENT</b> .....	27

### Section 1 - Objet et base de la notice d'information

#### 1- Objet de la notice d'information

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire souscrit par l'association We Care All, pour le compte de ses Entités adhérentes, auprès de l'Organisme assureur MGEN dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits (VYV-IB). Les déclarations, tant du Souscripteur, des Entités adhérentes que des Adhérents, lui servent de base.

Il relève de la branche 2 – Maladie et 18 - Assistance, définies à l'article R.211-2 du Code de la mutualité et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et la législation française en vigueur.

Il a pour objet de faire bénéficier les Assurés des Entités adhérentes au Souscripteur, du remboursement de leurs frais médicaux prescrits par un professionnel de santé, et ce dès le premier EUR.

Le contrat est complété de garanties d'Assistance – Rapatriement.

**La totalité des Adhérents de l'Entité adhérente, doit obligatoirement être assurée par le contrat objet de la présente notice.**

Les Adhérents ont un accès au contenu des

Statuts de la MGEN sur le site <http://www.mgen.fr>. En cas de conflit d'interprétation entre le contrat et les dispositions figurant aux Statuts de la mutuelle, les dispositions du contrat prévaudront.

#### 2- Dispositions complémentaires

##### 2.1 Prescription

Toute action dérivant du contrat, objet de la présente notice, se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

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

**Quand l'action de l'Adhérent contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'Ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.**

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Organisme assureur à l'Entité adhérente ou au Souscripteur, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le bénéficiaire ou l'Ayant-droit à l'Organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

## 2.2 Subrogation

Pour le paiement des prestations frais de santé à caractère indemnitaire, l'Organisme assureur est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Adhérents, des bénéficiaires ou de leurs Ayants-droit contre les tiers responsables.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Organisme assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par l'Organisme assureur n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même en cas d'accidents suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

L'Organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire des prestations victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Si le bénéficiaire des prestations a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations versées par l'Organisme assureur est exigé.

Le bénéficiaire des prestations qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

L'Organisme assureur renonce à toute action récursoire contre le Souscripteur et l'Entité adhérente.

## 2.3 Convention de délégation de gestion

Une convention de délégation de gestion distincte entre l'Organisme assureur et WYCC, 10 rue Michel Rodange L-2430 Luxembourg est établie. Elle précise les opérations relatives au contrat que l'Organisme assureur délègue à WYCC, et notamment les obligations de ce dernier

vis-à-vis de l'Organisme assureur en matière :

- de remboursement des frais de santé
- de gestion des affiliations
- de gestion et recouvrement des cotisations
- et d'établissements de statistiques.

L'Organisme assureur a délégué la gestion des prestations d'assistance - rapatriement à VYV International Assistance (VYV IA), 3 Passage de la corvette 17000 La Rochelle, France.

## 2.4 Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit Règlement général sur la protection des données), 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 Adhérents sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce en application du contrat objet de la présente notice d'information.

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 Adhérents 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 leurs droits auprès du **Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV, Tour Montparnasse – 33, avenue du Maine – BP 245 – 75755 Paris Cedex 15** ou [dpo@groupe-vyv.fr](mailto:dpo@groupe-vyv.fr). 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](http://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 Adhérents, 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 Adhérents 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 de [medical@vyv-ib.com](mailto:medical@vyv-ib.com).

## 2.5 Renseignement – Réclamations – Médiation

Lorsque les Adhérents souhaitent obtenir des précisions, ils doivent s'adresser au Délégué de gestion WYCC, 10 rue Michel Rodange L-2430 Luxembourg ou par email à l'adresse suivante : [claims@wycc-insurance.com](mailto:claims@wycc-insurance.com) pour toute demande ou réclamation portant sur :

- les conditions d'admission dans l'assurance,
- les sinistres.

Il sera accusé réception de la réclamation dans les dix (10) jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Après réponse, si la réclamation n'était pas réglée, les Adhérents peuvent écrire en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites à **VYV International Benefits – Service Relations Clientèle, 3 square Max-Hymans – 75 748 PARIS Cedex 15, France**. Courriel : [clients@vyv-ib.com](mailto:clients@vyv-ib.com).

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, le réclamant peut saisir le médiateur MGEN par écrit et adresser sa réclamation par voie postale à : **CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION, 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND** ou sur le site internet dédié : <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être consultées sur le site internet dédié à la médiation sur <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

## 2.6 Réticence ou fausse déclaration

**LES CONDITIONS DU CONTRAT, OBJET DE LA PRESENTE NOTICE, SONT BASEES SUR LES DECLARATIONS TRANSMISES PAR LE SOUSCRIPTEUR ET L'ENTITE ADHERENTE.**

**INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, TOUTE INEXACTITUDE OU OMISSION INTENTIONNELLE PEUT AMENER L'ORGANISME ASSUREUR A INVOQUER LA NULLITE DE L'ADHESION.**

**LES COTISATIONS PAYEES DEMEURERONT ALORS ACQUISES A L'ORGANISME ASSUREUR QUI AURA DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS.**

**L'ORGANISME ASSUREUR PEUT EGALEMENT EXIGER UNE AUGMENTATION DES COTISATIONS**

## PROPORTIONNELLE.

**SAUF AU CAS PREVU A L'ALINEA PRECEDENT, AUCUN ADHERENT NE PEUT ETRE EXCLU DE L'ASSURANCE CONTRE SON GRE, TANT QU'IL FAIT PARTIE DU GROUPE ASSURE ET A CONDITION QUE LES COTISATIONS SOIENT ACQUITTEES.**

### 2.7 Clause de limitation – Sanctions Internationales

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

Il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanction à la date de survenance de l'évènement, tel qu'édicté par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union européenne.

### 2.8 Compétence des tribunaux et langue du contrat

Les tribunaux compétents sont les juridictions françaises. La langue utilisée au titre du contrat est la langue française.

### 2.9 Autorité de contrôle

L'organisme de contrôle de l'Organisme assureur est Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.

## Section 2 – les Adhérents

### 3- Personnes assurées – Affiliation

La totalité des Adhérents de l'Entité adhérente doit adhérer au présent contrat.

L'Entité adhérente, au moment de l'affiliation,

doit faire parvenir à l'Organisme assureur la liste nominative du personnel couvert.

L'Organisme assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

### 4- Bénéficiaires des prestations

Est admissible au régime frais de santé décrit au contrat **l'Adhérent seul**.

**Tout changement de situation doit être porté à la connaissance de l'Organisme assureur par l'intermédiaire du Délégué de gestion, le cas échéant.**

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

### 5- Entrée en vigueur des prestations

Lorsque le contrat a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque Adhérent aux dates suivantes :

- **Adhérents affiliés à la date d'effet du contrat :**
  - dès cette dernière date.
- **Adhérents affiliés postérieurement à la date d'effet du contrat :**
  - à sa date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer si les informations nécessaires à sa couverture d'assurance sont communiquées dans les quinze (15) jours suivant cette dernière date,
  - à la date de réception de cette demande dans le cas contraire.

### 6- Cessation ou suspension des prestations

**Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par 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.**

**Les garanties cessent en tout état de cause :**

- **Pour chaque Adhérent :**
  - dès qu'il cesse d'appartenir à la catégorie du personnel à assurer à laquelle le contrat s'applique,
  - dès lors qu'il n'est pas à jour de la visite des gens de mer ou équivalent,
  - en cas de fausse déclaration,
  - au jour du décès de l'Adhérent.
- **Pour la totalité des Adhérents :**
  - en cas de résiliation du présent contrat d'assurance groupe,
  - en cas de résiliation du certificat d'adhésion de l'Entité adhérente.

En cas de suspension du contrat de travail pour toute autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, une maternité ou une paternité, les garanties sont elles-mêmes suspendues pendant la même période et avec les mêmes effets que la cessation.

**La cessation (ou la suspension) des garanties entraîne pour l'Adhérent la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation.**

### Section 3 – Les prestations

#### 7- Champ d'application territorial des prestations

Les garanties peuvent intervenir, 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle en cas de maladie ou d'accident et :

- **dans tous les pays de la zone géographique choisie, parmi les zones géographiques suivantes :**
  - **ZONE 1 : Monde entier, sauf Etats-Unis d'Amérique,**
  - **ZONE 2 : Monde entier.**
- **En dehors de la zone géographique choisie ci-dessus :** lors d'un déplacement d'une durée de moins de sept (7) semaines, pour les seuls frais consécutifs à un accident ou une maladie présentant un caractère d'urgence, tel que ces termes sont définis dans la section 5.
- **Dans les autres cas, après accord exprès de l'Organisme assureur.**

#### 8- Prestations couvertes

##### 8.1 Nature des prestations

**La couverture du contrat, objet de la présente notice d'information, consiste à rembourser les frais médicaux engagés par l'Adhérent dès le premier EUR et dans la limite des frais raisonnables et habituels.**

Il est complété de garanties d'Assistance – Rapatriement.

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

**Le montant des garanties est déterminé pour chacun des postes de frais dans la limite du raisonnable et de l'habituel.**

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

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

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

- L'hospitalisation médicale en établissement public ou privé.
- L'hospitalisation et l'intervention chirurgicales. Les actes dispensés sous anesthésie générale ou concernant la chirurgie des traumatismes et les actes de chirurgie effectués sous anesthésie locale sont réputés actes de chirurgie.

- Les frais médicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation.
- Le transport local d'urgence du malade par ambulance.

Le transport local d'urgence du malade par ambulance est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays. Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

**Pour toute hospitalisation, un accord préalable de l'Organisme assureur est requis, sauf en cas d'urgence telle que définie à la section 5.**

Les cas d'accord préalables sont indiqués dans le tableau des garanties en annexe.

Dans les autres cas, les prestations sont définies au tableau de garanties figurant en annexe.

## 8.2 Tableau des garanties

**Les Adhérents sont couverts selon la formule de garanties choisie par l'Entité adhérente.**

**Les garanties et les plafonds mentionnés dans le tableau des garanties sont exprimés en francs réels, par bénéficiaire et par année d'assurance. Les remboursements des frais médicaux sont effectués en EUR, à concurrence des plafonds indiqués dans le tableau des garanties en annexe.**

**En tout état de cause, le montant des remboursements du présent contrat est limité à 2 000 000 EUR par bénéficiaire et par année d'assurance.**

**Les garanties Assistance - Rapatriement sont prévues à l'Annexe 2 du contrat.**

## 8.3 Franchise

**Une franchise est appliquée sur les postes de garanties suivantes :**

- Soins ambulatoire - Formules Standard et Perfect : 100 €

## 8.4 Délais d'attente

La prise en charge des frais médicaux par l'Organisme assureur entre en vigueur pour chaque Adhérent, à compter de leur date d'affiliation et après l'expiration des **délais d'attente** suivants :

- **Frais de maternité et d'accouchement : 10 mois,**
- **Frais liés aux consultations externes en psychiatrie et psychothérapie (Formule « Standard », « Perfect » ou « Privilege ») : 18 mois,**
- **Frais liés à une hospitalisation pour troubles mentaux et du comportement (Formule « Privilege ») : 10 mois.**

**Toutefois, les frais consécutifs à un Accident (voir la Section 5 « Définitions ») sont remboursables immédiatement.**

## 8.5 Accord préalable

Le remboursement des frais est subordonné à l'accord préalable de l'Organisme assureur, via le Délégué de gestion, à moins qu'il y ait eu urgence caractérisée, dans les cas énumérés ci-après :

- Frais liés à une hospitalisation ;
- Actes d'auxiliaires médicaux pour les actes en série dès lors que leur nombre est supérieur à dix (10) (sous réserve des mentions contraires spécifiées dans le tableau des garanties) ;
- Prothèses et implants dentaires ;
- Prothèses médicales ;
- Orthodontie ;
- Maternité.

Sauf en cas d'urgence, chaque admission en hôpital, nécessitant une acceptation préalable selon le tableau des garanties, doit être notifiée à l'Organisme assureur, via le Délégué de gestion, au moins deux (2) semaines avant que l'admission ait effectivement eu lieu. L'acceptation de l'Organisme assureur est réputée obtenue s'il n'a pas répondu dans les cinq (5) jours ouvrés qui suivent la date de réception de la demande.

**En cas d'urgence caractérisée, la déclaration doit être faite dans les cinq (5) jours suivant l'admission dans l'établissement hospitalier.**

En l'absence d'une demande d'accord préalable, lors d'une hospitalisation ou lors de tout autre traitement pour lequel cet accord est nécessaire, l'Organisme assureur se réserve le droit de refuser la demande de remboursement.

**Si par la suite, le traitement s'avère médicalement justifié, l'Organisme assureur remboursera alors 80 % des dépenses hospitalières et 50 % du montant exigible pour toute autre prestation du même ordre qui auraient dû être remboursée.**

**L'accord préalable n'est pas nécessaire en cas d'urgence telle que définie à la section 5. Toutefois, il conviendra d'aviser l'Organisme assureur dans les quarante-huit (48) heures ou dès que possible en cas de force majeure.**

**Les dispositions relatives aux frais raisonnables et habituels dans le pays où les soins sont prodigués s'appliquent dans tous les cas.**

**Pour les hospitalisations et traitements de longue durée supérieurs à 10 000 EUR :**

Le médecin conseil de l'Organisme assureur et le médecin conseil du gestionnaire du contrat préconisent plusieurs établissements de soins pour l'Adhérent, en fonction notamment de son traitement, de son état de santé, et de la qualité des soins de l'établissement. A ce titre, l'Adhérent peut se voir préconiser un parcours de soins dans un pays autre que celui initialement prévu.

**Dans le cas où l'Adhérent refuse de suivre ces préconisations, 20 % de la dépense réelle et raisonnable est prise en charge par l'Assuré et ce, dans la limite de 10 000 EUR par Adhérent et par année calendaire.**

### **8.6 Limitation des remboursements aux frais réels**

Les remboursements ou les indemnités des frais d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie

quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s).

L'Organisme assureur se réserve la possibilité de demander la justification des frais, et peut aussi demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre régime de complémentaire santé ou contrat d'assurance dont bénéficieraient les intéressés.

Le bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, à l'Organisme assureur, les indemnités trop perçues. Ce dernier peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues à l'Adhérent.

La limitation au montant des frais restant à charge de l'Adhérent est déterminée par l'Organisme assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

### **8.7 Déclaration des frais de santé**

**L'imprimé de déclaration est fourni par le Délégué de gestion et doit lui être adressé accompagné des pièces justificatives.**

Aucune copie, photocopie ou duplicata de factures n'est acceptée. Par exception, les copies scannées envoyées par email sont autorisées pour toute facture dont le montant est inférieur à **500 EUR par facture.**

L'Organisme assureur peut demander, si nécessaire, toute autre pièce nécessaire à l'application de la garantie. Dans ce cas, l'Adhérent doit conserver les originaux pendant une durée de vingt-quatre (24) mois à compter de la date des soins. Pendant cette période, l'Organisme assureur est susceptible de réclamer les originaux, en l'absence desquels le remboursement effectué pourrait être remis en cause.

L'Organisme assureur (le cas échéant via son Délégué de gestion) se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé des bénéficiaires et des soins effectués et de demander à tout Adhérent qu'il fournisse l'ensemble des informations nécessaires au traitement de ses données personnelles relatives aux demandes de



remboursement. L'Organisme assureur pourra pour ce faire avoir accès à ses dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

**Toute information fournie par l'Adhérent qui s'avèrera erronée, falsifiée, exagérée ou encore tout agissement frauduleux ou dolosif de leur part entrainera sa responsabilité directe et la répétition des sommes indûment payées par l'Organisme assureur sur la base de ces données incorrectes.**

### 8.8 Justificatifs à fournir

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Adhérent doit faire parvenir au Délégué de gestion une demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- en cas d'Hospitalisation : les justificatifs de l'hospitalisation (factures acquittées, notes d'honoraires, bulletin d'hospitalisation), indiquant le nom de l'établissement et du patient, la date des soins et le coût des soins.
- en cas de maladie : les prescriptions médicales et les factures détaillées.
- en cas d'accouchement à domicile : un extrait d'acte de naissance de l'enfant.
- pour le règlement des soins : l'Adhérent doit transmettre un relevé d'identité bancaire (soit lors de son adhésion soit à la première (1<sup>ère</sup>) demande de remboursement).

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander à toute personne assurée que celle-ci lui fournisse l'ensemble des informations nécessaires au traitement de ses données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. L'Organisme assureur pourra pour ce faire avoir accès à leurs dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.

**L'Organisme assureur peut demander tout autre justificatif destiné à compléter le dossier.**

## Section 4 - Risques et prestations exclues au titre des prestations santé

### 9- RISQUES EXCLUS

**LES FRAIS ENGAGES NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR L'ORGANISME ASSUREUR S'ILS RESULTENT DES FAITS SUIVANTS :**

- **UNE MALADIE OU UN ACCIDENT QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE LA PERSONNE COUVERTE, OU RESULTENT DE MUTILATIONS VOLONTAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU NON, D'UNE INSURRECTION, D'UNE EMEUTE, D'UN ATTENTAT OU D'UN MOUVEMENT POPULAIRE, SAUF SI LA PERSONNE COUVERTE NE PREND PAS UNE PART ACTIVE A L'EVENEMENT OU SI ELLE EST APPELEE A EFFECTUER UNE MISSION DE MAINTENANCE OU DE SURVEILLANCE AFIN D'ASSURER LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS POUR LE COMPTE DE L'ENTITE ADHERENTE,**
- **TOUT ACTE INTENTIONNEL POUVANT ENTRAINER LA GARANTIE DU CONTRAT ET TOUTE CONSEQUENCE D'UNE PROCEDURE PENALE DONT L'ADHERENT FAIT L'OBJET,**
- **UN SINISTRE RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE,**
- **L'INOBSERVATION PAR L'ADHERENT D'INTERDICTIONS OFFICIELLES, AINSI QUE LE NON-RESPECT DES REGLES OFFICIELLES DE SECURITE, LIEES A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE,**
- **LES CONSEQUENCES DES COMPETITIONS SPORTIVES AUTRES QUE CELLES DE PURES AMATEURISME. NE TOMBENT PAS SOUS CETTE EXCLUSION :**
  - **LA PRATIQUE DES SPORTS POUR LESQUELS L'ADHERENT DETIENDRAIT UN BREVET PROFESSIONNEL NECESSAIRE A L'ENCADREMENT DE CETTE PRATIQUE ET/OU SI CETTE PRATIQUE FAIT PARTIE DE SON CONTRAT DE TRAVAIL ;**
  - **LES RALLYES TOURISTIQUES POUR LESQUELS AUCUN**

TEMPS ET/OU NORME DE VITESSE N'EST IMPOSE/NE SONT IMPOSES ;

- LES REGATES ORGANISEES DANS LE YACHTING.
- TOUTES LES CIRCONCISIONS NON MEDICALEMENT JUSTIFIEE.
- LES PARIS ET/OU DEFIS,
- LES QUERELLES ET/OU ECHAUFFOUREES, SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE (UN PROCES-VERBAL EMANANT DES AUTORITES FERA OFFICE DE PREUVE)
- TROUBLES ET MESURES PRISES EN VUE DE LUTTER CONTRE CES TROUBLES, A MOINS QUE LE SOUSCRIPTEUR ET/OU L'ENTITE ADHERENTE ET/OU L'ADHERENT ET/OU LE BENEFICIAIRE NE PROUVE(NT) QUE L'ADHERENT N'Y A PAS PARTICIPE ACTIVEMENT,
- LES ACCIDENTS SURVENUS LORS DE LA PARTICIPATION OU AU COURS DE LA PREPARATION DE CRIMES OU DELITS,
- LES CONSEQUENCES D'UN ETAT D'IVRESSE ET/OU D'UNE INTOXICATION,
- LES ACTES ATTAQUES DE TYPE NUCLEAIRE, RADIOLOGIQUE, BIOCHIMIQUE ET CHIMIQUE (NRBC) OU TERRORISME,
- LES FRAIS RESULTANTS DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE CHIRURGIE PLASTIQUE VOLONTAIRE, MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, TRAITEMENT D'IMPOTENCE, TRAITEMENT DE STERILISATION OU FERTILISATION, VASECTOMIE, CHANGEMENT DE SEXE OU AUTRE, TRAITEMENTS NON-MEDICAUX SIMILAIRE.

#### 10- PRESTATIONS EXCLUES

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONTRAT, SAUF PRESTATIONS INDIQUEES AU TABLEAU DES GARANTIES DU CONTRAT COMME ETANT PRISES EN CHARGE :

- TOUTE DEPENSE ENGAGEE AU TITRE DE TRAITEMENTS OU ACTES PRESCRITS ANTERIEUREMENT A LA DATE D'EFFET DU

CONTRAT OU PENDANT LES DELAIS D'ATTENTE LE CAS ECHEANT,

- TOUTE DEPENSE D'ORDRE MEDICAL ET CHIRURGICAL NON PRESCRITE PAR UNE AUTORITE MEDICALE QUALIFIEE,
- LES ACTES SOUMIS A « ACCORD PREALABLE » POUR LESQUELS L'ACCORD N'AURAIT PAS ETE DEMANDE OU REFUSE,
- LES TRAITEMENTS EN DEHORS DE LA ZONE GEOGRAPHIQUE COUVERTE, SAUF INDICATION CONTRAIRE DANS LE CONTRAT,
- TOUTE FORME DE TRAITEMENT EXPERIMENTAL OU NON CONTROLE QUI NE SUIT PAS LES PRATIQUES COMMUNEMENT ACCEPTEES, COUTUMIERES OU TRADITIONNELLES DE LA MEDECINE, SAUF SUR CONSENTEMENT SPECIFIQUE DE LA PART DE L'ORGANISME ASSUREUR,
- LES TRAITEMENTS PREVENTIFS, BILANS DE SANTE AINSI QUE LES EXAMENS DE DEPISTAGE, (LES VISITES MEDICALES DE GENS DE MER, D'EXPATRIATION ET/OU D'EMBAUCHE, VACCIN NON OBLIGATOIRE, MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME/MALARIA, CHECK UP SANS RAISONS MEDICALES ET PRESCRIPTIONS) SAUF STIPULATION CONTRAIRE DANS LE CONTRAT,
- LES FRAIS ANNEXES OU DE CONFORT EN CAS D'HOSPITALISATION (TELEPHONE, TELEVISION...),
- LES FRAIS D'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE, SAUF SI CETTE DERNIERE EST MEDICALEMENT NECESSAIRE OU HABITUELLE DANS LE PAYS DE NAISSANCE,
- LES FRAIS LIES A LA FECONDITE, COMPLICATIONS OU MALADIE CONSECUTIVES A UNE GROSSESSE A LA SUITE D'UNE FECONDATION IN VITRO, CONTRACEPTION, STERILISATION, OU INTERRUPTION DE GROSSESSE NON MEDICALEMENT NECESSAIRE,
- LES DEPENSES ENCOURUES A L'OCCASION DE L'ACQUISITION D'UN ORGANE,
- TOUTE OPERATION OU TRAITEMENT LIE AU CHANGEMENT DE SEXE,

- LES TRAITEMENTS ESTHETIQUES, CURES DE RAJEUNISSEMENT, CURES D'AMAIGRISSEMENT,
- LES VERIFICATIONS, ETUDES, LA STERILISATION, LES DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS, LA CONTRACEPTION A L'EXCEPTION DE L'INSERTION OU L'ENLEVEMENT D'APPAREIL(S) CONTRACEPTIF(S),
- LES SOINS, LES ACTES ET LES TRAITEMENTS MEDICAUX NON CONFORMES A LA LEGISLATION LOCALE ET DANS LE RESPECT DE LA LEGISLATION LOCALE,
- TOUTE CHIRURGIE ELECTIVE/VOLONTAIRE ET/OU CHIRURGIE PLASTIQUE/ESTHETIQUE,
- LES CURES THERMALES,
- LES FRAIS MEDICAUX LIES A UN SEJOUR EN CENTRE DE THALASSOTHERAPIE ET CENTRE DE REMISE EN FORME,
- LES FRAIS MEDICAUX LIES A UN SEJOUR EN MAISON DE REPOS ET MAISON DE CONVALESCENCE, SAUF LORSQUE LE SEJOUR FAIT SUITE A UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 30 JOURS OU A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE LOURDE,
- LES CONSULTATIONS, TRAITEMENTS ET COMPLICATIONS LIES A LA PERTE OU A L'IMPLANT DE CHEVEUX A MOINS QUE CE TRAITEMENT NE SOIT LIE A UNE PERTE DES CHEVEUX CAUSEE PAR UNE MALADIE GRAVE,
- LES TRAITEMENTS EN VUE DE MODIFIER LA REFRACTION D'UN ŒIL OU DES YEUX (CORRECTION OCULAIRE AU LASER), POUR LES FORMULES STANDARD ESSENTIAL, STANDARD AND PERFECT,
- LES MEDICAMENTS SANS ORDONNANCE ET LES PRODUITS NON MEDICAMENTEUX D'USAGE COURANT TELS QUE L'ALCOOL MEDICAL, LE COTON HYDROPHILE, LES CREMES SOLAIRES, LES PRODUITS D'HYGIENE DENTAIRE, LES PANSEMENTS, LES SHAMPOOINGS...
- TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT SUIVANTS :
  - TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT LIES A L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES : ALCOOL, OPIACES, CANNABIS, SEDATIFS OU HYPNOTIQUES, COCAÏNE, STIMULANTS (Y COMPRIS LA CAFEINE), HALLUCINOGENES, TABAC, SOLVANTS VOLATILS, DROGUES MULTIPLES ET TROUBLES LIES A L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES.
  - TROUBLES SOMATOFORMES,
  - DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS,
  - ABUS DE SUBSTANCE N'ENTRAINANT PAS LA DEPENDANCE,
  - SYNDROMES COMPORTEMENTAUX NON SPECIFIES ASSOCIES A DES PERTURBATIONS PHYSIOLOGIQUES OU A DES FACTEURS PHYSIQUES,
  - TROUBLE MENTAL, SANS AUTRE INDICATION.
- TOUS SERVICES, PRESCRIPTIONS OU TRAITEMENTS QUI NE SONT PAS NECESSAIRES POUR LE TRAITEMENT D'UN DOMMAGE COUVERT OU QUI NE SONT PAS PRESCRITS PAR UN MEDECIN,
- LES FRAIS NON-MEDICAUX MENTIONNES SUR LA FACTURE D'HOPITAL,
- LES COMPLEMENTS ALIMENTAIRES ET DIETETIQUES, LES ALIMENTS POUR BEBES,
- SOINS AMBULATOIRES POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES DU SOMMEIL,
- TRAITEMENT CONTRE LES PERTES OU LES PROBLEMES DE POIDS,
- DEPENSES ENGAGEES PAR UN ADHERENT AU MEPRIS DE L'AVIS DU MEDECIN,
- LES PRODUITS OBTENUS SANS L'ORDONNANCE D'UN MEDECIN,
- MALADIES VENERIENNES,
- COUTS DES PILES, FRAIS D'ELECTRICITE, DE MAINTENANCE ET DE RECHARGE DES INSTRUMENTS OU DE L'APPAREILLAGE MEDICAL DONT LES APPAREILS AUDITIFS ET LES APPAREILS D'AIDE VISUELLE.

## Section 5 – Définitions

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

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

**Adhérent / Assuré** : personnel maritime, qui peut être le personnel ou le consultant missionné par l'Armateur ou la Société de Gestion Maritime.

**Admission explicite à l'Hôpital, pour un séjour de :**

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

**Année d'assurance** : la première période de couverture garantie par l'Organisme assureur débute le 1<sup>er</sup> septembre 2022 jusqu'au 31 août de l'année 2023. L'adhésion étant ensuite renouvelée chaque 1<sup>er</sup> septembre.

**Appareils et matériel chirurgicaux** : appareils et matériel requis lors d'une intervention chirurgicale. Cela comprend les prothèses ou dispositifs tels que

le matériel de remplacement des articulations, vis, plaques, appareils de remplacement des valves, stents endovasculaires, défibrillateurs implantables et stimulateur cardiaque.

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

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

**Bilan de santé** : examens médicaux entrepris en l'absence de tout symptôme clinique apparent. Ces bilans ont pour objectif d'anticiper la détection des maladies. Ils incluent les tests suivants : tension artérielle, cholestérol, pulsations cardiaques, respiration, température, examen cardiovasculaire, examen neurologique, dépistage du cancer.

**Cancer** : une maladie qui se manifeste par une tumeur maligne, caractérisée par une croissance anarchique et anormale et par la propagation de cellules malignes dans toutes les parties du corps.

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

**Chirurgie ophtalmique d'urgence** : chirurgie oculaire au laser, chirurgie de la cataracte, chirurgie du glaucome, canaloplastie, chirurgie réfractive, chirurgie de la cornée, chirurgie de la cornée, chirurgie vitréo-rétinienne, chirurgie des muscles oculaires et chirurgie oculoplastique.

**Délai d'attente** : période pendant laquelle l'Adhérent n'a pas droit à certaines prestations.

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

**Entités adhérentes** : entités adhérentes au Souscripteur ayant adhéré au présent contrat et acquittant sa cotisation.

**Equipements optiques :** lunettes, montures et lentilles de contact médicalement nécessaires prescrites par un médecin ophtalmologiste.

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

**Frais de maternité et d'accouchement :** comprend les frais liés à l'hospitalisation relative à :

- la grossesse, l'accouchement et les traitements avant et après la naissance,
- les complications liées à la grossesse.

Ces garanties sont limitées aux frais résultants de la grossesse et de l'accouchement après les dix premiers mois suivant la date d'effet de la garantie pour le père ou la mère, à moins que le délai de carence ne soit supprimé par l'Organisme assureur du fait de l'existence d'un contrat antérieur et dans le but de maintenir le même niveau de couverture (sans période d'interruption).

**Frais pharmaceutiques :** produits, y compris l'insuline et les seringues hypodermiques, qui ont été prescrits par un médecin pour le traitement d'une maladie ou pour compenser une carence dans une substance vitale à l'organisme. Le médicament prescrit doit avoir un effet médical prouvé et reconnu par les instances de régulation et de surveillance pharmaceutique dans le pays dans lequel il est prescrit.

**Grefe d'organe :** intervention chirurgicale qui consiste à effectuer les greffes d'organes ou de tissus suivants : cœur, cœur/valvule, cœur/poumon, foie, pancréas, pancréas/rein, rein, moelle épinière, parathyroïde, greffes de muscle/d'os ou de cornée. **Les frais engagés pour l'acquisition d'un organe ne sont pas remboursables.**

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

**Hospitalisation :** séjour médical ou chirurgical d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à un accident ou une maladie. Sont pris en charge : les dépenses liées aux frais de salle d'opération, soins intensifs, imagerie

médicale, tests de diagnostic et en laboratoire, médicaments prescrits, les frais liés à la transfusion de sang et/ou de plasma, appareils chirurgicaux, location d'appareillage médical, les frais d'honoraires des médecins, comprenant les soins infirmiers généraux.

**Hospitalisation d'urgence :** séjour de plus de quarante-huit (48) heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé pour une intervention d'urgence, non programmée et ne pouvant être reportée.

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

**Maladie :** toute altération de l'état de santé de l'Adhérent, qui n'a pas été causée par un accident et qui présente des symptômes objectifs irréfutables constatés par un médecin.

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

**Médicalement nécessaire :** correspond aux services et fournitures qui sont définis d'un point de vue médical comme appropriés et nécessaires. Ils doivent :

- être nécessaires pour définir ou soigner l'état, la maladie ou la blessure d'un patient.
- être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient.
- être conformes aux pratiques médicales généralement acceptées et aux standards médicaux professionnels en application au moment des soins par la communauté médicale.
- être requis pour des raisons autres que le confort ou l'agrément du patient ou de son médecin.
- avoir un effet médical prouvé et démontré.
- être considérés comme du type et du niveau le plus approprié.
- être donnés avec un équipement en quantité et en qualité appropriés au niveau de soin requis par l'état du patient.

- être fournis uniquement durant la période appropriée à l'état du patient.

Le terme « approprié » prend en considération la sécurité du patient et le coût du traitement. Concernant une hospitalisation, « médicalement nécessaire » signifie aussi que les soins ou diagnostics ne peuvent pas être effectués avec prudence et efficacité en consultation externe.

**Médicaments prescrits :** médicaments dont la vente et l'utilisation sont légalement soumises à l'ordonnance d'un médecin. Les produits qu'il est possible d'acheter sans ordonnance médicale ne sont pas inclus dans cette définition.

**Organisme assureur :** l'organisme qui couvre le risque garanti au titre du présent contrat, soit MGEN, 3 Square Max Hymans, 75748 Paris Cedex 15, France, régie par le Code de la Mutualité.

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

**Pays d'origine :** est considéré comme pays d'origine celui figurant sur le passeport de l'Adhérent.

**Pays d'expatriation :** le pays, hors du Pays d'origine, dans lequel l'Adhérent a sa résidence habituelle.

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

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

**Prescription :** délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

**Prothèse médicale prescrite :** tout instrument, équipement ou appareil médical prescrit aidant ou supportant la fonction ou la capacité d'un membre ou d'un organe à l'instar d'un auxiliaire de

phonation (larynx électronique), de béquilles ou d'un fauteuil roulant, d'un appareil orthopédique, d'un membre artificiel, d'appareil à hernie, de bas de compression élastique, des semelles et chaussures orthopédiques.

**Prothèse dentaire :** couronnes, inlays, onlays, adhésifs, reconstructions/restaurations, bridges, dentiers et implants, ainsi que tous les traitements et réparations nécessaires. Reconstructions/restaurations, ponts, prothèses dentaires et implants ainsi que tous les traitements et réparations nécessaires et accessoires requis.

**Psychothérapie :** traitements de troubles mentaux effectués par un psychiatre ou un psychologue.

**Rééducation :** le traitement vise à la restauration d'une forme et/ou d'une fonction normale après un accident ou une maladie grave. Le processus de rééducation doit commencer dans un délai de trente (30) jours après l'hospitalisation pour un accident ou une maladie.

**Sinistre :** tout événement à caractère aléatoire de nature à engager la garantie du présent contrat.

**Soins à domicile :** soins médicaux administrés par une infirmière diplômée d'État au domicile de l'Adhérent et conformément à la prescription d'un médecin, immédiatement suite à une hospitalisation ou des soins ambulatoires ou pour les remplacer.

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

**Soins dentaires courants :** examens dentaires, extractions de dents, extractions dentaires, nettoyage des dents, obturation normale, traitement de canal, traitement du parodonte, traitement de la parodontose, traitement des gencives, et examen radiographique.

**Soins dentaires d'urgence :** dépenses garanties au titre de l'Hospitalisation, relative à des soins dentaires d'urgence nécessités par un dommage accidentel à des dents saines et naturelles.

**Soins dentaires majeurs réparateurs :** retrait des dents incluses, dents enfouies ou non érigées, ablation d'odontomes solides et apicectomie.

**Soins ophtalmologiques d'urgence :** dépenses garanties au titre de l'Hospitalisation, relative à des soins ophtalmologiques d'urgence nécessité par un dommage accidentel.

**Souscripteur :** l'Association souscriptrice qui signe le contrat au bénéfice de ses Entités adhérentes et qui est seule responsable du versement de la prime, composée de l'ensemble des cotisations des Entités adhérentes.

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

**Traitement du cancer :** dépenses garanties relatives aux soins ambulatoires liés au cancer, ce qui inclus : les honoraires de spécialistes, les frais d'imagerie médicale, les tests de diagnostic et en laboratoire, la radiothérapie, la chimiothérapie, et les frais d'hospitalisation.

**Troubles mentaux et du comportement :** prise en charge par l'Organisme assureur des consultations nécessaires au traitement des troubles mentaux et du comportement qui sont liés à un évènement survenu pendant la période de mission. Ces troubles peuvent être psychiatriques, psychologiques, affectifs, mentaux ou du comportement, indépendamment du fait qu'une cause physiologique soit connue ou suspectée et répertorié comme trouble mental et du comportement dans la Classification internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé.

**Traitement ophtalmologique :** examens et traitements ophtalmologiques, à l'exclusion de toute chirurgie oculaire.

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

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

**VIH/SIDA :** Traitements résultant de ou liés au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et/ou à des maladies liées au VIH, y compris le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le complexe lié au SIDA (ARC).

## ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX

Les garanties et les plafonds mentionnés dans le tableau des garanties sont exprimés en frais réels, par bénéficiaire et par année d'adhésion. Les remboursements de frais médicaux sont effectués dès le premier euro (€), à concurrence des plafonds indiqués dans le tableau des garanties.

**Accord préalable :**

- (1) et (2) : une demande d'accord préalable est requise pour les prestations indiquées au tableau des garanties par un (1) ou (2).

### - FORMULE « ESSENTIAL » -

MONTANT MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS	
100 000 € par personne assurée et par année d'adhésion	
Désignation des actes	Remboursements
HOSPITALISATION (1)	
Frais de séjour	100 % des frais réels
Soins intensifs (y compris les frais d'opération)	100 % des frais réels
Imagerie médicale	100 % des frais réels
Frais d'examens et de laboratoires	100 % des frais réels
Frais de médicaments et de traitements médicaux	100 % des frais réels
Transfusion sanguine et/ou de plasma	100 % des frais réels
Appareils chirurgicaux	100 % des frais réels
Location d'appareils médicaux	100 % des frais réels
Honoraires de médecins	100 % des frais réels
Soins infirmiers	100 % des frais réels
Chirurgie ambulatoire – Soins de jour	100 % des frais réels
Traitement du cancer	100 % des frais réels
Greffe d'organe	100 % des frais réels
Soins dentaires d'urgence après un accident	100 % des frais réels
Soins ophtalmologiques d'urgence après un accident	100 % des frais réels
Frais de transport local	80 % des frais réels
Maternité et accouchement (2) : Grossesse, Traitement prénatal et postnatal, Accouchement, Complications liées à la grossesse	100 % des frais réels dans la limite de 3 000 €
SOINS AMBULATOIRES	
Montant maximum des remboursements : 3 000 € par personne assurée et par année d'adhésion	
Frais de consultations de spécialistes et de généralistes	80 % des frais réels dans la limite de 3 000 €
Médicaments prescrits	80 % des frais réels dans la limite de 3 000 €
Imagerie médicale	80 % des frais réels dans la limite de 3 000 €
Tests de diagnostic et en laboratoire, appareils chirurgicaux	80 % des frais réels dans la limite de 3 000 €
Appareillage médical prescrit	80 % des frais réels dans la limite de 3 000 €
Vaccinations obligatoires	80 % des frais réels dans la limite de 3 000 €
Bilan de santé prescrits médicalement	80 % des frais réels



	dans la limite de 3 000 €
Traitement du cancer	80 % des frais réels
Troubles mentaux et du comportement causé par un accident durant la période de travail (les périodes de congés ne sont pas couvertes)	80 % des frais réels dans la limite de 10 consultations par année d'adhésion

## - FORMULE « STANDARD » -

MONTANT MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS 100 000 € par personne assurée et par année d'adhésion	
Désignation des actes	Remboursements
<b>HOSPITALISATION (1)</b>	
Frais de séjour	100 % des frais réels
Soins intensifs (y compris les frais d'opération)	100 % des frais réels
Imagerie médicale	100 % des frais réels
Frais d'examens et de laboratoires	100 % des frais réels
Frais de médicaments et de traitements médicaux	100 % des frais réels
Transfusion sanguine et/ou de plasma	100 % des frais réels
Appareils chirurgicaux	100 % des frais réels
Location d'appareils médicaux	100 % des frais réels
Honoraires de médecins	100 % des frais réels
Soins infirmiers	100 % des frais réels
Chirurgie ambulatoire – Soins de jour	100 % des frais réels
Traitement du cancer	100 % des frais réels
VIH/SIDA	80 % des frais réels
Greffe d'organe	100 % des frais réels
Frais de transport local	80 % des frais réels
Maternité et accouchement (2) : Grossesse, Traitement prénatal et postnatal, Accouchement, Complications liées à la grossesse	100 % des frais réels dans la limite de 3 000 €
Allocation de naissance	50 € par enfant
<b>SOINS AMBULATOIRES</b>	
Franchise pour les Soins ambulatoires	100 € par an et par personne assurée
Frais de consultations de spécialistes et de généralistes	80 % des frais réels
Médicaments prescrits	80 % des frais réels
Imagerie médicale	80 % des frais réels
Tests de diagnostic et en laboratoire, appareils chirurgicaux	80 % des frais réels
Appareillage médical prescrit	80 % des frais réels
Vaccinations obligatoires	80 % des frais réels
Bilan de santé prescrits médicalement	80 % des frais réels
Soins et examens préventifs prescrits	80 % des frais réels
Soins infirmiers à domicile - Soins ambulatoires - Soins palliatifs	80 % des frais réels 80 % des frais réels, dans la limite de 500 €
Soins ambulatoires pour les troubles mentaux et du comportement – délai d'attente de 18 mois	80 % des frais réels dans la limite de 10 consultations pour la durée de l'Adhésion, pour des accident survenus durant le temps de travail

Traitement du cancer	80 % des frais réels
<b>SOINS DENTAIRES</b>	
Plafond par Bénéficiaire et par année d'assurance : 600 €	
Soins dentaires courants	80 % des frais réels
Soins dentaires majeurs réparateurs	50 % des frais réels
Prothèses dentaires	50 % des frais réels
Traitement dentaire d'urgence	100 % des frais réels, dans la limite de 500 € par évènement
<b>SOINS OPTIQUES</b>	
Plafond par Bénéficiaire et par année d'assurance : 300 €	
Traitement ophtalmologique	80 % des frais réels
Chirurgie ophtalmique au laser : chirurgie des yeux au laser, chirurgie de la cataracte, chirurgie du glaucome, canaloplastie, chirurgie réfractive, chirurgie cornéenne, chirurgie vitréo-rétinienne, chirurgie de la cornée, chirurgie vitréo-rétinienne, chirurgie des muscles oculaires et chirurgie oculoplastique.	80 % des frais réels, garantie valable une fois pour toute la durée de l'adhésion
Equipements optiques	80 % des frais réels
Traitement optique d'urgence	100 % des frais réels, dans la limite de 500 €.

### - FORMULE « PERFECT » -

<b>MONTANT MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS</b>	
500 000 € par personne assurée et par an	
Désignation des actes	Remboursements
<b>HOSPITALISATION (1)</b>	
Frais de séjour	100 % des frais réels
Soins intensifs (y compris les frais d'opération)	100 % des frais réels
Imagerie médicale	100 % des frais réels
Frais d'examens et de laboratoires	100 % des frais réels
Frais de médicaments et de traitements médicaux	100 % des frais réels
Transfusion sanguine et/ou de plasma	100 % des frais réels
Appareils chirurgicaux	100 % des frais réels
Location d'appareils médicaux	100 % des frais réels
Honoraires de médecins	100 % des frais réels
Soins infirmiers	100 % des frais réels
Chirurgie ambulatoire – Soins de jour	100 % des frais réels
Traitement du cancer	100 % des frais réels
VIH/SIDA	80 % des frais réels
Greffe d'organe	100 % des frais réels
Frais de transport local	80 % des frais réels
Maternité et accouchement (2) : Grossesse, Traitement prénatal et postnatal, Accouchement, Complications liées à la grossesse	100 % des frais réels dans la limite de 5 000 €
Allocation de naissance	50 € par enfant
<b>SOINS AMBULATOIRES</b>	
Franchise pour les Soins ambulatoires	100 € par an et par personne assurée
Frais de consultations de spécialistes et de généralistes	100 % des frais réels
Médicaments prescrits	100 % des frais réels

Imagerie médicale	100 % des frais réels
Tests de diagnostic et en laboratoire, appareils chirurgicaux	100 % des frais réels
Appareillage médical prescrit	100 % des frais réels
Vaccinations obligatoires	100 % des frais réels
Bilan de santé prescrits médicalement	100 % des frais réels
Soins et examens préventifs non prescrits	100 % des frais réels dans la limite de 600 €
Soins et examens préventifs prescrits	100 % des frais réels
Prothèses auditives prescrites	100 % des frais réels dans la limite de 300 €
Médecine alternative : Acupuncture, Chiropractie, Médecine Chinoise, Ostéopathie	100 % des frais réels dans la limite de 3000 €
Soins infirmiers à domicile - Soins ambulatoires - Soins palliatifs	100 % des frais réels 100 % des frais réels, dans la limite de 3000 €
Soins ambulatoires pour les troubles mentaux et du comportement – délai d’attente de 18 mois	100 % des frais réels dans la limite de 10 consultations pour la durée de l’Adhésion et que ces consultations soient liées à un accident survenu pendant le temps de travail de l’Adhérent
Traitement du cancer	100 % des frais réels
<b>SOINS DENTAIRES</b> Plafond par Bénéficiaire et par année d’assurance : 3 000 €	
Soins dentaires courants	100 % des frais réels
Soins dentaires majeurs réparateurs	60 % des frais réels
Prothèses dentaires	100 % des frais réels
Traitement dentaire d’urgence	100 % des frais réels
<b>SOINS OPTIQUES</b> Plafond par Bénéficiaire et par année d’assurance : 1 500 €	
Traitement ophtalmologique	100 % des frais réels
Chirurgie ophtalmique au laser : chirurgie des yeux au laser, chirurgie de la cataracte, chirurgie du glaucome, canaloplastie, chirurgie réfractive, chirurgie cornéenne, chirurgie vitréo-rétinienne, chirurgie de la cornée, chirurgie vitréo-rétinienne, chirurgie des muscles oculaires et chirurgie oculoplastique.	80 % des frais réels, garantie valable une fois pour toute la durée de l’adhésion
Equipements optiques	80 % des frais réels
Traitement optique d’urgence	100 % des frais réels

### - FORMULE « PRIVILEGE » -

<b>MONTANT MAXIMUM DES REMBOURSEMENTS</b> 2 000 000 € par personne assurée et par an	
Désignation des actes	Remboursements
<b>HOSPITALISATION (1)</b>	
Frais de séjour	100 % des frais réels
Soins intensifs (y compris les frais d’opération)	100 % des frais réels
Imagerie médicale	100 % des frais réels
Frais d’examens et de laboratoires	100 % des frais réels

Frais de médicaments et de traitements médicaux	100 % des frais réels
Transfusion sanguine et/ou de plasma	100 % des frais réels
Appareils chirurgicaux	100 % des frais réels
Location d'appareils médicaux	100 % des frais réels
Honoraires de médecins	100 % des frais réels
Soins infirmiers	100 % des frais réels
Indemnité pour les nuits passées à l'Hôpital : si jamais le régime de base intervient pour le paiement d'une nuit à l'hôpital, paiement d'une indemnité à l'assuré	50 € par nuit et avec un minimum de 2 nuits
Chirurgie ambulatoire – Soins de jour	100 % des frais réels
Traitement du cancer	100 % des frais réels
VIH/SIDA	100 % des frais réels
Greffe d'organe	100 % des frais réels dans la limite de 200 000 € par maladie
Soins hospitaliers pour les troubles mentaux et du comportement – délai d'attente de 10 mois	100 % des frais réels, dans la limite de 100 000 €
Frais de transport local	100 % des frais réels
<b>Maternité et accouchement (2)</b>	
Grossesse, Traitement prénatal et postnatal, Accouchement, Complications liées à la grossesse, Malformations congénitales	100 % des frais réels dans la limite de 12 500 €
<b>SOINS AMBULATOIRES</b>	
Frais de consultations de spécialistes et de généralistes	100 % des frais réels
Médicaments prescrits	100 % des frais réels
Imagerie médicale	100 % des frais réels
Tests de diagnostic et en laboratoire, appareils chirurgicaux	100 % des frais réels
Appareillage médical prescrit	100 % des frais réels
Vaccinations obligatoires	100 % des frais réels
Bilan de santé prescrits médicalement	80 % des frais réels
Soins et examens préventifs prescrits	100 % des frais réels dans la limite de 1 500 € par an
Prothèses auditives	100 % des frais réels, à condition que les prothèse soit prescrites suite à un accident ou une maladie
Médecine alternative : Acupuncture, Chiropractie, Médecine Chinoise, Ostéopathie	100 % des frais réels, dans la limite de 1 500 € par an
Soins infirmiers à domicile - Soins ambulatoires - Soins palliatifs	100 % des frais réels 100 % des frais réels, dans la limite de 5 000 € par an
Soins ambulatoires pour les troubles mentaux et du comportement – délai d'attente de 18 mois	100 % des frais réels dans la limite de 20 consultations pendant la durée de l'Adhésion
Traitement du cancer	100 % des frais réels
<b>SOINS DENTAIRES</b>	
Honoraires de dentiste et soins dentaires (traitements préventifs et chirurgicaux), greffes osseuses, par odontologie (y compris gingivectomie)	100 % des frais réels, dans la limite de 2 500 €
Prothèses dentaires	100% des frais réels,

	<p>jusqu'à 600 par dent/prothèse €, augmentés de 600 € par dent/implant. La garantie est limitée à 3 000 €</p>
Orthodontie (commencé avant le 16 <sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant)	<p>100 % des frais réels jusqu'à 2 000 € Par personne par année civile (3 ans maximum pendant la durée de l'Adhésion)</p>
Traitement dentaire d'urgence	100 % des frais réels
<b>SOINS OPTIQUES</b>	
Traitement des troubles visuels : consultation d'ophtalmologie	100 % des frais réels
Chirurgie ophtalmique au laser : chirurgie des yeux au laser, chirurgie de la cataracte, chirurgie du glaucome, canaloplastie, chirurgie réfractive, chirurgie cornéenne, chirurgie vitréo-rétinienne, chirurgie de la cornée, chirurgie vitréo-rétinienne, chirurgie des muscles oculaires et chirurgie oculoplastique.	<p>100% des frais réels jusqu'à 700 € par œil, pour toute la durée de l'adhésion</p>
Equipements optiques	<p>100 % des frais réels, Dans la limite de 500 € par personne et par année civile</p>
Traitement optique d'urgence	100 % des frais réels

## ANNEXE 2 : GARANTIES D'ASSISTANCE ET RAPATRIEMENT

L'Organisme assureur a mandaté VYV International Assistance (VYV IA), « l'Assisteur » pour l'organisation des prestations d'assistance – rapatriement dans les conditions ci-dessous.

### Article 1. Définitions

**Accident** : tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime ou à la chose endommagée, constituant la cause du dommage. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

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

**Bénéficiaire** : Adhérent et ses Ayants-droit présents au contrat.

**Domicile** : résidence principale située dans le pays d'expatriation, hors du pays d'origine.

**Etranger** : tout pays à l'exception du pays d'origine.

**Franchise** : part du préjudice laissée à la charge du bénéficiaire dans le règlement du sinistre. Les montants de franchise se rapportant à chaque garantie sont précisés au tableau des montants de garanties et des franchises.

**Frais d'hébergement** : frais supplémentaires d'hôtel et de téléphone avec l'Assisteur, consécutifs à un événement garanti, à l'exclusion de tout frais de restauration et de boisson.

**Frais funéraires** : frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et de cercueil du modèle le plus simple, nécessaires au transport et conformes à la législation locale, à l'exclusion des frais d'inhumation, d'embaumement et de cérémonie.

**Frais médicaux au titre des prestations d'assistance** : frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation prescrits

médicalement, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une pathologie et à caractère urgent.

**Hospitalisation d'urgence** : séjour de plus de quarante-huit (48) heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'urgence, c'est à dire non programmée, ne pouvant être reportée.

**Hospitalisation programmée** : séjour de plus de quarante-huit (48) heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention programmée au moins quinze (15) jours à l'avance.

**Membre de la famille** : Le conjoint ou partenaire, père, mère, sœur, frère, enfants, petits-enfants, grands-parents de l'Adhérent.

**Maladie** : toute altération de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

**Pays d'origine** : pays de nationalité du bénéficiaire figurant sur son passeport.

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

**Sinistre** : toutes les conséquences dommageables d'un événement entraînant l'application de l'une des garanties souscrites. Constitue un seul et même sinistre l'ensemble des dommages procédant d'une même cause initiale.

**Subrogation** : action par laquelle l'Assisteur se substitue dans les droits et actions du bénéficiaire contre l'éventuel responsable des dommages subis par le bénéficiaire afin d'obtenir le remboursement des sommes que l'Assisteur a réglé au bénéficiaire à la suite d'un sinistre.

**Trajet** : itinéraire parcouru jusqu'au lieu de destination indiqué sur le billet ou le bulletin d'inscription au voyage, quel que soit le nombre de vols empruntés, qu'il s'agisse du trajet aller ou du trajet retour.

**Urgence médicale** : événement médical inopiné.

Dès lors que le bénéficiaire fait appel à l'assistance de l'Assisteur, les décisions relatives à la nature, à l'opportunité et à l'organisation des mesures à prendre appartiennent exclusivement au service Assistance de l'Assisteur.

## Article 2. Information médicale

L'Assisteur met à la disposition du bénéficiaire un service d'information médicale téléphonique accessible 24h/24. Sur simple appel téléphonique, un des médecins de l'Assisteur répond aux questions d'ordre médical et peut indiquer des adresses de médecins ou établissements spécialisés ou non, susceptibles de le recevoir.

## Article 3. Assistance accident, maladie et imprévu

### 3.1. Assistance rapatriement au domicile

Suite à une Hospitalisation de plus de 24h ou une incapacité de travail de plus de 3 semaines et si l'Adhérent n'est pas en mesure d'effectuer sa profession dû à une diminution objective et actuelle de son état de santé à la suite d'une maladie ou d'un accident pendant la période de couverture, l'Assisteur organise le rapatriement de l'Adhérent vers son pays de résidence ou pays d'origine. Ce rapatriement inclut le transport des effets personnels jusqu'à maximum de 2 bagages en soute.

**Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire, et appartiennent exclusivement aux médecins de l'Assisteur en accord avec les médecins traitant locaux.** Les médecins de l'Assisteur se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à l'état de santé du bénéficiaire.

Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

**Si le bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de l'Assisteur, le bénéficiaire décharge l'Assisteur de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation et indemnisation de la part de l'Assisteur.**

**Par ailleurs, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.**

**En ce qui concerne les femmes enceintes :** en raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies, et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum quarante-huit (48) heures avant le départ, présentation d'un certificat médical, demande de l'accord médical de la compagnie aérienne. En cas de nécessité, sous réserve des conditions ci-dessus, l'Assisteur organise le transport par avion du bénéficiaire à la condition expresse que les médecins et/ou les compagnies aériennes ne s'y opposent pas.

### 3.2. Evacuation médicale

L'Assisteur prend en charge et organise le transport médical d'urgence de l'Adhérent vers l'Hôpital le plus proche, équipé adéquatement pour recevoir et traiter le patient. La limite d'intervention est celle indiquée au tableau des garanties d'Assistance.

En cas d'urgence médicale, l'Assisteur prend en charge les coûts liés au transfert médical spécialisé nécessaire afin d'évacuer le bénéficiaire au centre hospitalier adéquat le plus proche. Seules les autorités médicales de l'Assisteur sont habilitées à décider du rapatriement et du choix du moyen de transport.

### 3.3. Visite à une personne malade ou hospitalisée à l'étranger

Si l'état médical de l'Adhérent ne permet pas son rapatriement ou s'il est décédé, l'Assisteur veille à ce qu'une personne puisse lui rendre visite et ce en concertation avec l'Adhérent et/ou son

médecin traitant. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge les frais de voyage urgents de cette personne à condition qu'ils aient été préalablement acceptés par l'Assisteur.

### 3.4. Rapatriement du défunt

L'Assisteur organise le rapatriement du corps de l'Adhérent dans le pays de résidence ou pays d'origine. Ces frais, ainsi que le traitement post-mortem nécessaire sont pris en charge par l'Assisteur dans la limite du montant spécifié dans le tableau des garanties d'Assistance.

### 3.5. Retour d'urgence

En cas d'hospitalisation imprévue d'un membre de la famille de plus de 48 heures ou en cas de décès d'un membre de la famille pendant le séjour de l'Adhérent à l'étranger. L'Assisteur prend en charge un billet d'avion en classe économique ou un billet de train en première classe afin de permettre le retour du bénéficiaire dans son pays de résidence ou pays d'origine.

### 3.6. Ticket pour le retour de l'Adhérent ou du remplaçant

L'Assisteur met à disposition un ticket d'avion classe économique ou un ticket de train première classe et le prend à sa charge dans les limites indiquées dans le tableau des garanties d'Assistance afin de permettre à l'Adhérent de rejoindre son lieu d'embarquement après rapatriement assuré. Si l'Adhérent n'est pas en mesure de rejoindre son lieu d'embarquement, un remplaçant peut prendre la place de l'Adhérent.

#### Article 4. Risques et prestations exclus

**LES FRAIS ENGAGES NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSISTEUR S'ILS RESULTENT DES FAITS SUIVANTS :**

- **UNE MALADIE OU UN ACCIDENT QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE LA PERSONNE COUVERTE, OU RESULTENT DE MUTILATIONS VOLONTAIRES,**
- **LES CONSEQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU NON, D'UNE INSURRECTION,**

**D'UNE EMEUTE, D'UN ATTENTAT OU D'UN MOUVEMENT POPULAIRE, SAUF SI LA PERSONNE COUVERTE NE PREND PAS UNE PART ACTIVE A L'EVENEMENT OU SI ELLE EST APPELEE A EFFECTUER UNE MISSION DE MAINTENANCE OU DE SURVEILLANCE AFIN D'ASSURER LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS POUR LE COMPTE DE L'ENTITE ADHERENTE,**

- **TOUT ACTE INTENTIONNEL POUVANT ENTRAINER LA GARANTIE DU CONTRAT ET TOUTE CONSEQUENCE D'UNE PROCEDURE PENALE DONT L'ADHERENT FAIT L'OBJET,**
- **UN SINISTRE RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE,**
- **L'INOBSERVATION PAR L'ADHERENT D'INTERDICTIONS OFFICIELLES, AINSI QUE LE NON-RESPECT DES REGLES OFFICIELLES DE SECURITE, LIEES A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE,**
- **LES CONSEQUENCES DES COMPETITIONS SPORTIVES AUTRES QUE CELLES DE PURES AMATEURISME. NE TOMBENT PAS SOUS CETTE EXCLUSION :**
  - **LA PRATIQUE DES SPORTS POUR LESQUELS L'ADHERENT DETIENDRAIT UN BREVET PROFESSIONNEL NECESSAIRE A L'ENCADREMENT DE CETTE PRATIQUE ET/OU SI CETTE PRATIQUE FAIT PARTIE DE SON CONTRAT DE TRAVAIL ;**
  - **LES RALLYES TOURISTIQUES POUR LESQUELS AUCUN TEMPS ET/OU NORME DE VITESSE N'EST IMPOSE/NE SONT IMPOSES ;**
  - **LES REGATES ORGANISEES DANS LE YACHTING.**
- **TOUTES LES CIRCONCISIONS NON MEDICALEMENT JUSTIFIEE.**
- **LES PARIS ET/OU DEFIS,**
- **LES QUERELLES ET/OU ECHAUFFOUREES, SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE (UN PROCES-VERBAL EMANANT DES AUTORITES FERA OFFICE DE PREUVE)**



- TROUBLES ET MESURES PRISES EN VUE DE LUTTER CONTRE CES TROUBLES, A MOINS QUE LE SOUSCRIPTEUR ET/OU L'ENTITE ADHERENTE ET/OU L'ADHERENT ET/OU LE BENEFICIAIRE NE PROUVE(NT) QUE L'ADHERENT N'Y A PAS PARTICIPE ACTIVEMENT,
- LES ACCIDENTS SURVENUS LORS DE LA PARTICIPATION OU AU COURS DE LA PREPARATION DE CRIMES OU DELITS,
- LES CONSEQUENCES D'UN ETAT D'IVRESSE ET/OU D'UNE INTOXICATION,
- LES ACTES ATTAQUES DE TYPE NUCLEAIRE, RADIOLOGIQUE, BIOCHIMIQUE ET CHIMIQUE (NRBC) OU TERRORISME,
- LES FRAIS RESULTANTS DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE CHIRURGIE PLASTIQUE VOLONTAIRE, MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, TRAITEMENT D'IMPOTENCE, TRAITEMENT DE STERILISATION OU FERTILISATION, VASECTOMIE, CHANGEMENT DE SEXE OU AUTRE, TRAITEMENTS NON-MEDICAUX SIMILAIRE,
- LES FRAIS ENGAGES SANS L'ACCORD PREALABLE DE L'ASSISTEUR,
- LES RESULTATS EVENTUELS (CHECK-UP, TRAITEMENT SUPPLEMENTAIRE, ETC) D'UNE AFFECTION QUI A PRECEDEMMENT DONNE LIEU A UN RAPATRIEMENT,
- LES CONSEQUENCES DES AFFECTIONS OU LESIONS BENIGNES QUI PEUVENT ETRE TRAITES SUR PLACE,
- L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE, SAUF DANS LE CAS D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE MEDICALEMENT NECESSAIRE INTERVENANT DANS LE RESPECT DE LA LEGISLATION LOCALE, L'ACCOUCHEMENT, LES FECONDATIONS IN VITRO ET LEURS CONSEQUENCES AINSI QUE LES GROSSESSES AYANT DONNE LIEU A UNE HOSPITALISATION DANS LES SIX (6) MOIS PRECEDANT LA DEMANDE D'ASSISTANCE,
- LA PSYCHIATRIE,
- LES CONSEQUENCES D'UN ACCIDENT SURVENU LORS DE LA PRATIQUE PAR LE BENEFICIAIRE D'UN SPORT AERIEN (Y COMPRIS, DELTA-PLANE, PARAPENTE, PLANEUR) OU DE L'UN DES SPORTS SUIVANTS : SKELETON, BOBSLEIGH, SAUT A SKI, ALPINISME AVEC PASSAGE EN CORDEE, VARAPPE, PLONGEE SOUS-MARINE AVEC APPAREIL AUTONOME, SPELEOLOGIE, SAUT A L'ELASTIQUE, PARACHUTISME,
- LES FRAIS NON MENTIONNES EXPRESSEMENT COMME DONNANT LIEU A REMBOURSEMENT, AINSI QUE LES FRAIS DE RESTAURATION ET TOUTE DEPENSE POUR LAQUELLE LE BENEFICIAIRE NE PEUT PRODUIRE DE JUSTIFICATIF.

#### Article 5. Mise en œuvre des garanties

Le bénéficiaire doit contacter l'Assisteur ou le contacter par un tiers, dès que sa situation lui laisse supposer un retour anticipé ou des dépenses entrant dans le champ des présentes garanties.

Les services de l'Assisteur se tiennent à disposition 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par téléphone : 00 33 5 86 85 00 49 si le bénéficiaire est hors de France, et 05 86 85 00 49 si le bénéficiaire est en France.

En indiquant :

- Le nom et le numéro du contrat d'assurance souscrit,
- Le nom du gestionnaire du contrat frais de santé,
- Le nom et le prénom du bénéficiaire,
- Le nom de la prestation souhaitée,
- Le numéro de téléphone ou l'adresse où le bénéficiaire peut être joint, ainsi que les coordonnées des personnes qui s'occupent de lui,
- Aux médecins de l'Assisteur, toutes les informations médicales qui concernent le bénéficiaire ou qui concernent la personne qui a besoin de l'intervention de l'Assisteur.

#### Pour une demande de remboursement

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le bénéficiaire avec l'accord de

l'Assisteur, le bénéficiaire doit communiquer à l'Assisteur tous les justificatifs permettant d'établir le bien-fondé de sa demande.

**Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et qui n'ont pas été organisées par les services de l'Assisteur, ne donnent pas droit à remboursement ni à indemnité compensatoire.**

**En cas de Force majeure, ou à titre exceptionnel, il peut être admis que l'Armateur fasse l'avance de certains frais d'Assistance- ou de Rapatriement. Dans ce cas, les prestations qui auront fait l'objet d'une avance ne seront remboursées que si les dépenses effectuées présentent un caractère « raisonnable et habituel » au sens de l'article 8.1 de la présente notice d'information, et après accord postérieur de l'Assisteur.**

#### **Pour la prise en charge d'un transport**

Lorsque l'Assisteur organise et prend en charge un transport au titre des présentes garanties, celui-ci est effectué en train 1<sup>ère</sup> classe et/ou en avion classe touriste ou encore en taxi, selon la décision de l'Assisteur. L'Assisteur devient alors propriétaire des billets initiaux et le bénéficiaire s'engage à les restituer à l'Assisteur ou à lui rembourser le montant dont le bénéficiaire a pu obtenir le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ces titres de transport.

Lorsque le bénéficiaire ne détient pas initialement de billet retour, l'Assisteur demande au bénéficiaire le remboursement des frais qu'il a exposé, en tout état de cause, pour son retour, sur la base de billets de train 1<sup>ère</sup> classe et/ou d'avion en classe touriste, à la période du retour anticipé du bénéficiaire, avec la compagnie qui l'avait acheminé à l'aller.

#### **Article 6. Cadre des interventions d'Assistance**

**L'Assisteur intervient dans le cadre des lois et règlements nationaux et internationaux et ses prestations sont subordonnées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités administratives compétentes.**

**Par ailleurs, l'Assisteur ne peut être tenue pour responsable des retards ou empêchements dans**

**l'exécution des services convenus à la suite d'un cas de force majeure ou d'événements tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, restrictions de la libre circulation, sabotage, terrorisme, guerre civile ou étrangère, conséquences des effets d'une source de radioactivité ou de tout autre cas fortuit.**

## TABLEAU DES GARANTIES ASSISTANCE - RAPATRIEMENT

GARANTIES	NIVEAU DE COUVERTURE EN EUR
<b>ASSISTANCE – RAPATRIEMENT FORMULE ESSENTIAL – STANDARD</b>	
Assistance rapatriement au domicile	Frais réels Dans la limite de 12 500 €
Rapatriement médical du navire jusqu'à la côte	Frais réels Dans la limite de 12 000 €
Visite à une personne malade ou hospitalisée à l'étranger	Frais réels Dans la limite de 2 000 €
Rapatriement du défunt et frais funéraires	Frais réels Dans la limite de 12 500 €
Retour d'urgence	Frais réels Dans la limite de 1 500 €
Ticket pour le retour de l'Adhérent ou du remplaçant	Frais réels Dans la limite de 1 500 €
Conseils médicaux par téléphone	Inclus
Deuxième diagnostic médical	Inclus

GARANTIES	NIVEAU DE COUVERTURE EN EUR
<b>ASSISTANCE – RAPATRIEMENT FORMULE PERFECT</b>	
Assistance rapatriement au domicile	Frais réels Dans la limite de 12 500 €
Rapatriement médical du navire jusqu'à la côte	Frais réels Dans la limite de 25 000 €
Visite à une personne malade ou hospitalisée à l'étranger	Frais réels Dans la limite de 2 000 €
Rapatriement du défunt et frais funéraires	Frais réels Dans la limite de 12 500 €
Retour d'urgence	Frais réels Dans la limite de 1 500 €
Ticket pour le retour de l'Adhérent ou du remplaçant	Frais réels Dans la limite de 1 500 €
Conseils médicaux par téléphone	Inclus
Deuxième diagnostic médical	Inclus

GARANTIES	NIVEAU DE COUVERTURE EN EUR
<b>ASSISTANCE – RAPATRIEMENT FORMULE PRIVILEGE</b>	
Conseils médicaux par téléphone	Inclus
Deuxième diagnostic médical	Inclus

Assistance rapatriement au domicile	Couvert entièrement
Rapatriement médical du navire jusqu'à la côte	Couvert entièrement
Rapatriement médical	Couvert entièrement
Visite à une personne malade ou hospitalisée à l'étranger	Couvert entièrement
Rapatriement du défunt et frais funéraires	Couvert entièrement
Retour d'urgence	Couvert entièrement
Ticket pour le retour de l'Adhérent ou du remplaçant	Couvert entièrement



*Le contrat MGENIB1100430SAN est un contrat groupe à adhésion obligatoire souscrit par l'Association We Care All pour le compte de ses Entités adhérentes, auprès de MGEN, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, 3 square Max-Hymans - 75 748 PARIS Cedex 15. VYV-IB, 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15 RCS Paris 813 36 1441 ORIAS 16002500.*