

Extra-Pass+ Règlement mutualiste



La société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS SANTÉ) est établie 10 rue Léon Paulet - 13008 Marseille.

Elle est régie par le Code de la Mutualité, elle est soumise notamment aux dispositions du Livre II dudit Code.

Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le n° 438 601 932.

Article 1 - Objet

En application de l'article L 114-1 alinéa 5 du Code de la Mutualité et de l'article 3 des statuts de la société Mutualiste Interprofessionnelle de Santé (MIS SANTÉ), il est établi un règlement mutualiste qui définit les droits et obligations réciproques des membres participants d'une part et de MIS SANTÉ d'autre part, en ce qui concerne les prestations servies et les cotisations acquittées relatives au présent contrat mutualiste.

Les garanties Extra-Pass+ sont destinées à garantir la prise en charge ou le remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie inopinée ou par un accident survenu, lors d'un séjour à l'étranger.

Article 2 - Conditions et modalités d'adhésion

2-1 Conditions d'adhésion

Etre domicilié en France et prévoir de se rendre temporairement hors de France pour un séjour d'une durée maximale de 12 mois.

Pour la garantie Extra-Pass+ TWO, être bénéficiaire d'une Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) valide pendant toute la durée de la garantie.

2-2 Modalités d'adhésion

Pour être pris en considération, la demande d'adhésion doit obligatoirement comporter :

- ◆ Un bulletin d'adhésion dûment complété dans son intégralité, signé et daté,
- ◆ Un paiement au bénéfice de la société Mutualiste Interprofessionnelle de Santé (MIS SANTÉ) par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion.

Article 3 - Délai de rétractation

En application des articles L 221-18 du Code de la Mutualité et L 121-29 du Code de la consommation, tout adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour exercer son droit de rétractation, sans avoir à justifier de motif ou à supporter des pénalités.

Le délai court à compter du jour où le contrat d'adhésion est signé.

La mise en œuvre de ce droit de rétractation se fait par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège de la mutuelle MIS SANTÉ.

C'est la date de première présentation de ladite lettre qui permettra de constater si la rétractation a bien été effectuée dans le délai requis.

En application de l'article L 121-29-II 2° du Code de la Consommation, toute transmission par l'adhérent, pendant le délai de rétractation, d'une demande de remboursement de prise en charge ou de frais de santé, constituera de sa part une demande expresse et irrévocable d'exécution du contrat mutualiste emportant renonciation au délai et au droit de rétractation.

Article 4 - Fausse déclaration

Il est rappelé à ce titre, in extenso, les édictons de l'article L 221-14 du Code de la Mutualité :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts ».

Article 5 - Prise d'effet, durée, résiliation

5-1 Prise d'effet

Pour autant que la demande soit complète et acceptée par la mutuelle MIS SANTÉ, l'adhésion prend effet à la date de prise d'effet telle que mentionnée sur le bulletin d'adhésion à 00 heure.

5-2 Durée

L'adhésion est souscrite pour une durée ferme et indiquée sur le bulletin d'adhésion.
Ladite durée ne pourra faire l'objet d'aucune interruption.

Cette durée pourra être d'une semaine au minimum et de douze mois consécutifs au maximum.

Les garanties cessent à la date de fin du contrat mutualiste. Cette date est soit celle indiquée dans le bulletin d'adhésion, soit celle de la date de résiliation en cas de défaut de paiement ou en cas de faute dans l'exécution du contrat, soit celle du rapatriement ou du retour définitif en France en cas de retour anticipé.

Si un évènement quel qu'il soit, intervient pendant un retour temporaire en France (article 8-3-1) rendant impossible la reprise du séjour à l'étranger, le jour du retour temporaire de l'assuré en France est considéré comme étant la date de retour définitif.

5-3 Résiliation

En cas de défaut de paiement, il sera fait application de l'article L 221-7 du Code de la mutualité ci-après rappelé :

« Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une ou des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celle venue à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement ».

L'ensemble des frais de recouvrement et de procédure sont à la charge de l'assuré en défaut de paiement de tout ou partie de sa cotisation. Dès ouverture de la procédure précontentieuse, l'adhérent devra prendre en charge une somme de 200€ (deux cent euros) au titre des frais de recouvrement.

Article 6 - Zone géographique

La garantie Extra-Pass+ ONE est valable pour le Monde entier, y compris les pays de l'Union Européenne.

La garantie Extra-Pass+ TWO n'est valable que pour les pays de l'Union Européenne.

Les garanties ne peuvent pas être souscrites pour la France Métropolitaine, ni pour les pays suivants : Afghanistan, Djibouti, Éthiopie, Irak, Mauritanie, Somalie, Soudan, Syrie, Yémen.

Article 7 - Cotisations et paiement des cotisations

7-1 Cotisations

Les cotisations sont les suivantes pour chaque garantie :

		< 7	< 15	< 25	< 40	< 50	< 60	< 70	70 ans et +
une semaine	Extra-Pass+ ONE	25 €	15 €	20 €	26 €	32 €	38 €	46 €	55 €
	Extra-Pass+ TWO	23 €	13.5 €	18 €	23.4 €	28.8 €	34.2 €	41.4 €	49.5 €
deux semaines	Extra-Pass+ ONE	34 €	20 €	25 €	35 €	42 €	60 €	70 €	90 €
	Extra-Pass+ TWO	31 €	18 €	22.5 €	31.5 €	37.8 €	54 €	63 €	81 €
un Mois	Extra-Pass+ ONE	58 €	37 €	44 €	60 €	75 €	93 €	120 €	150 €
	Extra-Pass+ TWO	53 €	33.3 €	39.6 €	54 €	67.5 €	83.7 €	108 €	135 €

7-2 Paiement des cotisations

La cotisation est individuelle (aucun ayant-droit au contrat) et forfaitaire.

Le paiement de la cotisation au bénéfice de MIS SANTÉ intervient par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion.

Tout défaut de paiement total ou partiel d'une cotisation due ou d'une fraction due de celle-ci, entraîne l'application immédiate de la procédure de résiliation telle que décrite à l'article 5-3 intitulé « Résiliation ».

7-3 Frais et modalités d'annulation et/ou de modification

Toute demande d'annulation, hors délai de rétractation (article 3) et jusqu'à la veille de la prise d'effet, sera acceptée moyennant le paiement à la mutuelle d'une indemnité de dédie égale à 20 € (vingt euros) si elle lui est notifiée par courrier RAR ou par courriel.

Aucune annulation ne sera acceptée après la prise d'effet du contrat mutualiste.

Toute demande de modification concernant les éléments du contrat mutualiste initialement donnés lors de l'adhésion (adresse, pays de séjour, date de prise d'effet, etc...) génèrera pour l'adhérent, pour chaque modification, le paiement d'une somme égale à 10 € (dix euros) au titre des frais de modification.

A compter de la date de prise d'effet, plus aucune demande de modification de celle-ci ni de la durée du contrat mutualiste ne sera acceptée.

Article 8 - Prestations

8-1 Principes généraux

Le contrat mutualiste garantit le remboursement ou la prise en charge des frais de santé ci-après indiqués, étant rappelé que le contrat est individuel et qu'il ne couvre que le membre participant indiqué comme étant le bénéficiaire au bulletin d'adhésion.

Les garanties ne s'étendent, ni ne bénéficient à aucun ayant-droit du membre participant.

Les actes médicaux pour donner lieu à remboursement doivent obligatoirement avoir été prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et où elle est légalement habilitée à la pratique de son art.

Dans l'hypothèse où une maladie inopinée ou un accident graves nécessiterait des soins importants et lourds, l'assuré devra à la demande de MIS SANTÉ, accepter d'écourter son séjour à l'étranger et donc accepter son rapatriement en France pour y être soigné. A défaut d'acceptation par l'assuré, MIS SANTÉ sera en droit de refuser toute prise en charge et tout remboursement de soins.

Dans l'hypothèse où l'assuré serait dans l'impossibilité pour des raisons médicales de demander son rapatriement en France à l'assistanteur, MIS SANTÉ se substituera à lui pour effectuer cette demande ou toute autre démarche dans les intérêts de l'assuré.

Les frais de santé intervenus dans les 90 jours suivant la date de fin du contrat mutualiste donneront toutefois lieu à remboursement si et seulement si la maladie inopinée ou l'accident qui est à l'origine de ces frais de santé est intervenu pendant la durée dudit contrat.

8-2 Risques couverts et risques exclus

8-2-1 Risques couverts

Les frais médicaux et d'hospitalisation ne sont pris en charge que s'ils sont :

- ◆ consécutifs à un accident,
- ◆ consécutifs à une maladie inopinée nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale ne pouvant pas attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Par « *maladie inopinée* », on entend toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible.

Par « *accident* », il faut entendre toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents au sens du présent contrat mutualiste les événements totalement ou partiellement provoqués par une maladie (cause pathologique).

8-2-2 Risques exclus

Sont toujours exclues les dépenses de santé qui auraient pour origine directe ou indirecte les causes suivantes :

- ◆ La guerre civile ou étrangère, l'invasion, l'insurrection, la révolution, l'usurpation du pouvoir, le terrorisme... ;
- ◆ Le contact ou la contamination par des substances dites nucléaires, biologiques ou chimiques, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs ;
- ◆ Les cataclysmes naturels, les épidémies et tous les cas de force majeure ;

- ◆ La participation de l'assuré à des rixes, à des paris de toute nature, à des actes pénalement répréhensibles, à des manifestations ou à des événements non autorisés ;
- ◆ L'absorption par l'assuré de drogues ou de substances analogues, de médicaments, ou de traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
- ◆ L'état de grossesse, les blessures ou les maladies préexistantes ou qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires (sont préexistantes, les blessures ou maladies diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les (6) six mois précédant la souscription par l'assuré au présent contrat) ;
- ◆ L'état alcoolique de l'assuré, caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool égal ou supérieur à celui fixé par la loi française concernant la circulation automobile ;
- ◆ La pratique par l'assuré d'un sport à titre professionnel ;
- ◆ La participation de l'assuré à une course ou à une compétition nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur ;
- ◆ La pratique par l'assuré de tous les sports aériens et des sports dits dangereux et notamment : escalade, alpinisme, spéléologie, plongée sous-marine avec appareils autonomes, bull-riding, rugby, randonnée en hautemontagne, hurling, ski hors-piste, hockey, tous sports de combat...
- ◆ L'utilisation d'armes à feu par l'assuré ;

8-3 Prestations garanties et prestations exclues

8-3-1 Prestations garanties

Tous les frais ou actes de santé ci-après indiqués et qui seraient consécutifs à l'un des risques couverts (article 8-2-1 du présent règlement) :

Médecine hospitalière (100% des frais réels) :

- ◆ Consultations généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes)
- ◆ Frais de séjour et forfait hospitalier
- ◆ Acte de chirurgie, acte d'anesthésie et de réanimation
- ◆ Frais éventuels de salle d'opération
- ◆ Actes d'auxiliaires médicaux
- ◆ Actes d'analyses et travaux de laboratoire
- ◆ Actes de radiologie, images médicales (IRM) et scanners
- ◆ Frais pharmaceutiques
- ◆ Frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat

Médecine courante hors hospitalisation (100% des frais réels) :

- ◆ Consultations, visites généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes)
- ◆ Actes de petite chirurgie et actes de spécialiste
- ◆ Actes d'auxiliaires médicaux
- ◆ Actes d'analyses et travaux de laboratoire
- ◆ Actes de radiologie, images médicales (IRM) et scanners
- ◆ Les médicaments sur prescription médicale

Frais dentaires occasionnés par accident ou une urgence dentaire non consécutifs à mauvais état préalable de la dentition ou des gencives (100% des frais réels) :

- ◆ Consultations, visites des dentistes
- ◆ Soins dentaires (hors prothèses et implants dentaires)

Par « *urgence dentaire* », il faut entendre toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous (48) quarante-huit heures est susceptible d'entraîner des complications.

Frais ophtalmologiques occasionnés par un accident (traumatisme oculaire) ou une urgence ophtalmologique non consécutifs à une pathologie préexistante, à un traitement de troubles de la vue ou lié au port d'un appareillage optique (100% des frais réels) :

- ◆ Consultations, visites des ophtalmologistes
- ◆ Soins ophtalmologiques (hors prothèses, implants, appareillages optiques et hors chirurgie laser)

Par « *urgence ophtalmologique* », il faut entendre toute atteinte oculaire et dont l'absence de traitement sous (48) quarante-huit heures est susceptible d'entraîner des complications et d'engager le pronostic fonctionnel visuel.

Frais de santé engagés en France lors d'un retour temporaire à son domicile (100% du tarif de convention de la sécurité sociale) :

- ◆ Médecine hospitalière ;
- ◆ Médecine courante hors hospitalisation ;
- ◆ Urgence dentaire ;
- ◆ Urgence ophtalmologique.

Un retour temporaire est un retour en France d'une durée consécutive maximale de (15) quinze jours pour les contrats d'une durée inférieure à (6) six mois d'assurance garantie, et d'une durée maximale de (30) trente jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à (6) six mois d'assurance garantie.

Taux et plafonds de garantie :

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière	100% des frais réels	frais réels dans la limite de frais engagés par l'assuré
Médecine courante hors hospitalisation	100% des frais réels	frais réels dans la limite de frais engagés par l'assuré
Frais dentaires d'urgence	100% des frais réels	forfait de 300 € dans la limite des frais engagés par l'assuré
Frais ophtalmologiques d'urgence	100% des frais réels	forfait de 300 € dans la limite des frais engagés par l'assuré
Frais de santé en France lors d'un retour temporaire	100% du tarif de convention de la sécurité sociale	Hospitalisation : 500 000 € Hors hospitalisation : 15 000 €

8-3-2 Prestations exclues

Sont toujours exclus les actes et soins de santé suivants :

- ◆ Les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux Français (CCAM) ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification ;
- ◆ Les soins médicaux non prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et où elle est légalement habilitée à la pratique de son art, ou ceux inutiles du strict point de vue médical ;
- ◆ Les actes et les soins prodigués qui seraient pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat mutualiste ;
- ◆ Les actes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ;
- ◆ Les interventions médicale ou chirurgicale réparatrices ou esthétiques (ou assimilables) de toute origine et de toute nature ;
- ◆ Les check-up, dépistages, et bilans préventifs non motivés par l'un des risques couverts ;
- ◆ Les actes ou traitements expérimentaux ;
- ◆ Les cures thermales, de thalassothérapie et/ou de désintoxication ;
- ◆ Les traitements de lutte contre l'obésité, l'amaigrissement et le vieillissement ;
- ◆ Les traitements ou soins dentaires courants ou qui seraient la conséquence d'un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives ;
- ◆ Les traitements ou soins ophtalmologiques courants ou qui seraient la conséquence d'une pathologie préexistante, d'un traitement de trouble de la vue ou du port d'un appareillage optique.

Sont toujours exclus les frais médicaux consécutifs :

- ◆ A l'insuffisance rénale ;
- ◆ Au diabète et à ses complications ;
- ◆ Aux maladies nerveuses et mentales ;
- ◆ A l'épilepsie ;
- ◆ Aux ruptures d'anévrisme artériels ou de malformation artério-veineuses et aux infarctus du myocarde ;
- ◆ A l'alcoolisme et à la dépendance de l'Assuré à la consommation de toute drogue ou substance considérées comme toxiques aux doses ingérées, ainsi que les conséquences neurologiques et psychiatriques et leur prise en charge ;

- ◆ Aux accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou ischémiques, et leurs conséquences ;
- ◆ Aux dorsalgies, lombalgies, lombosciatiques, hernies discales intervertébrales et à toute maladie chronique du rachis cervico-dorso-lombosacré ;
- ◆ Aux hernies crurales, scrotales, inguinales, de la ligne blanche et ombilicales ainsi que toute lésion chronique de la paroi abdominale ;

Sont toujours exclus :

- ◆ Toutes prothèses, orthèses (auditives, dentaires, oculaires, plantaires, de membres, ...) et ortho-prothèses ;
- ◆ Tout appareillage dentaire (appareil dentaire orthopédiques, orthodontique, extra-oral, élastiques, gouttières, attelles, etc.) et ophtalmologique (lunettes, lentilles de contact cornéennes, intraoculaires, etc.) ;
- ◆ Tout appareillage tel que fauteuil roulant, béquilles, canne, déambulateur, lits médicaux, etc. ;
- ◆ Tout matériel de contention ;
- ◆ Tous les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crème solaire, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampooing... ;
- ◆ Les frais annexes tels que le téléphone, la télévision en cas d'hospitalisation,
- ◆ Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou de convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de (30) trente jours ou une intervention chirurgicale lourde, en toute hypothèse les frais d'hébergement ou de traitement seront limités à (30) trente jours ;
- ◆ Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de réadaptation ou de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé) ;
- ◆ Les frais liés à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. Et plus généralement tous frais relatifs à des soins de confort même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical ;
- ◆ Les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins ;
- ◆ Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés.

Article 9 - Modalités de mise en œuvre de la garantie

9-1 Entente préalable

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série, et en l'absence de prise en charge (article 9-3), l'assuré doit demander une entente préalable à MIS SANTÉ dans les mêmes conditions que la déclaration circonstanciée de sinistre.

La demande d'entente préalable mentionne les éléments suivants :

- ◆ Les informations relatives aux médecins référents et le cas échéant les informations relatives à l'établissement de santé ;
- ◆ Les types de soins, d'actes ou de traitements envisagés et les dates d'intervention ;
- ◆ Le montant global estimé.

A défaut d'acceptation de l'entente préalable par MIS SANTÉ dans un délai de 10 jours, cette dernière sera réputée refusée.

La demande d'entente préalable permet de vérifier a priori la recevabilité des demandes de remboursements de soins programmés par MIS SANTÉ par rapport aux garanties et aux exclusions.

L'accord donné suite à une demande d'entente préalable ne constitue qu'une présomption simple de recevabilité par rapport aux informations données et non un engagement de remboursement qui ne pourra être donné qu'après réception de toutes les pièces justificatives (article 9-5).

L'équipe médicale de MIS SANTÉ peut contacter les médecins traitants et prendre les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'équipe médicale de MIS SANTÉ recommande un rapatriement ou une évacuation vers une structure médicale, ou un parcours de soins particulier, elle le fait en fonction des seuls impératifs médicaux retenus et dans le respect le plus strict des règles déontologiques. Le choix du parcours de soins, du rapatriement, du lieu d'hospitalisation, de la date et des moyens utilisés relèvent exclusivement de la décision de l'équipe médicale de MIS SANTÉ. L'assuré s'engage à accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par les services MIS SANTÉ.

TOUT REFUS DE LA SOLUTION PROPOSEE PAR L'EQUIPE MEDICALE MIS SANTÉ ENTRAINE LA DECHEANCE DE LA GARANTIE.

En cas d'absence de demande d'entente préalable ou de refus d'entente préalable, aucune demande de remboursement ne sera acceptée par MIS SANTÉ. Si toutefois, les pièces justificatives faisaient apparaître l'impérieuse nécessité des soins pour l'assuré, le strict respect des usages médicaux et le fait que l'absence d'accord préalable n'a aucunement été préjudiciable à MIS SANTÉ, le remboursement serait accordé aux taux suivants :

	Taux normal	Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en séries
Médecine hospitalière	100% des frais réels	90% des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	100% des frais réels	90% des frais réels
Frais dentaires	100% des frais réels	90% des frais réels
Frais ophtalmologiques	100% des frais réels	90% des frais réels

9-2 Déclaration de sinistre

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série, et en l'absence de prise en charge (article 9-3), l'assuré doit transmettre une déclaration circonstanciée de sinistre à MIS SANTÉ dans un délai de (5) cinq jours.

Le délai de (5) cinq jours commence à courir au jour de l'accident, ou au jour de la première consultation médicale donnant lieu à prescription des actes en série.

En cas d'impossibilité pour l'assuré de déclarer son sinistre en raison d'une extrême urgence ou de son état médical, le délai commence à courir dès que l'assuré, est en capacité de déclarer son sinistre.

L'assurée peut déclarer son sinistre directement par téléphone, par l'intermédiaire du formulaire en ligne sur le site de MIS SANTÉ qu'il peut télécharger, par courrier ou par courriel.

Un numéro de sinistre lui sera communiqué dès la déclaration enregistrée par MIS SANTÉ.

La déclaration circonstanciée mentionne les éléments suivants :

- ◆ Le numéro de contrat ou le nom, le prénom et la date de naissance de l'assuré ;
- ◆ Un numéro de téléphone et une adresse courriel permettant de joindre l'assuré ;
- ◆ La nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'accident ou de la maladie inopinée ;
- ◆ En cas d'accident le nom et l'adresse de l'auteur responsable et des témoins éventuels en indiquant si un procès-verbal a été établi par les autorités ;

9-3 Prise en charge

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24h, et si l'assuré en fait la demande MIS SANTÉ prend directement en charge les frais d'hospitalisation.

La demande de prise en charge est adressée à MIS SANTÉ :

+33 (0)4 26 31 79 07

(du lundi au vendredi de 9h à 18h ; numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire)

MIS SANTÉ – Service Santé à l'étranger

CS 30041

13417 Marseille Cedex 8

En cas d'urgence ou d'injoignabilité de MIS SANTÉ (hors horaire d'ouverture), la demande de prise en charge est faite auprès d'AXA Assistance :

+33 (0)1 49 65 24 13

(numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire)

La demande de prise en charge vaut déclaration de sinistre et demande d'entente préalable pour les hospitalisations de plus de 24h.

9-4 Remboursement

Dans tous les cas, y compris en cas de prise en charge, l'assuré s'engage à transmettre un dossier de remboursement complet (article 9-5) à MIS SANTÉ dans les plus brefs délais et au plus tard un mois après son retour en France ou après réception du décompte de remboursement de la sécurité sociale pour la garantie Extra-Pass+ TWO.

Pour la garantie Extra-Pass+ TWO, le remboursement par MIS SANTÉ n'intervient qu'après remboursement de la part obligatoire par la sécurité sociale de l'assuré. L'assuré dépose son dossier de remboursement de la part complémentaire à réception du décompte de l'assurance maladie ou du justificatif de reste à charge.

Pour la garantie Extra-Pass+ ONE la demande de remboursement est immédiatement transmise à MIS SANTÉ.

9-5 Pièces justificatives à fournir

Pour la garantie Extra-Pass+ ONE, le dossier de demande de remboursement doit contenir :

- ◆ Le formulaire de demande de remboursement dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- ◆ Les originaux des factures de soins réalisés à l'étranger ;
- ◆ En cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

Pour la garantie Extra-Pass+ TWO, afin que la mutuelle puisse prendre en charge les frais de soins restés à la charge de l'adhérent, celui-ci doit transmettre à la mutuelle :

- ◆ Dans l'hypothèse où l'adhérent aurait utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) pour bénéficier d'une prise en charge ou d'un remboursement dans les mêmes conditions qu'un ressortissant du pays de destination :
 - ◇ Le formulaire de demande de remboursement dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
 - ◇ Le ticket attestant du solde restant à charge des frais de santé ;
 - ◇ La copie des factures de soins.
- ◆ Dans l'hypothèse où la demande de remboursement aurait été faite auprès du centre payeur de l'assuré à son retour en France et que le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) serait donc intervenu :
 - ◇ La déclaration de sinistre dûment complétée (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
 - ◇ Le décompte remis par l'assurance maladie ;
 - ◇ Copie des factures de soins acquittées ;
 - ◇ En cas d'hospitalisation, la copie du compte rendu de ladite hospitalisation.

Article 10 - Fonds d'entraide mutualiste

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, MIS SANTÉ peut accorder des allocations exceptionnelles à ses membres participants ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires sont les membres participants de MIS SANTÉ et leurs ayants droit, étant rappelé que le présent contrat mutualiste ne bénéficie à aucun ayant droit.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Les domaines d'intervention du fonds mutualiste sont :

- ◆ Aider les membres participants subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire d'assurance maladie,
- ◆ Permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que le membre participant de MIS SANTÉ se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Toute personne souhaitant bénéficier d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de MIS SANTÉ une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter et ce totalement ou partiellement.

La constitution du fonds d'entraide mutualiste est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

Article 11 - Subrogations légales et conventionnelles

11-1 La subrogation légale fondée sur l'article L 224-9 du Code de la Mutualité

La mutuelle est subrogée, en ce qui concerne les frais de santé et à concurrence des sommes qu'elle a versées, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable du sinistre qui est à l'origine de l'engagement des frais de santé, et cela dans les conditions de l'article L 224-9 du Code de la Mutualité.

11-2 La subrogation conventionnelle fondée sur les articles 1249 et suivants du Code Civil

Dans l'hypothèse où l'adhérent bénéficierait d'un régime d'assurance maladie français en cours durant son séjour à l'étranger, l'adhérent subroge dans tous ses droits et dès à présent la mutuelle auprès de cet organisme afin que la mutuelle puisse réclamer à cet organisme les sommes que cet organisme d'assurance maladie aurait été amené à verser à l'adhérent si celui-ci avait sollicité auprès de cet organisme le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent lors de son séjour à l'étranger.

Bien évidemment, l'adhérent s'interdit de solliciter simultanément auprès de cet organisme d'assurance maladie et auprès de la mutuelle le remboursement de tout ou partie des mêmes frais de santé qu'il aurait été amené à engager lors de son séjour à l'étranger et pour lesquels il a souscrit le présent contrat mutualiste.

11-3 Documents à transmettre à la mutuelle dans le cadre de la subrogation légale ou conventionnelle

Les documents suivants sont à remettre par l'adhérent dans le mois suivant son retour de l'étranger, dans tous les cas, sauf si l'adhérent a utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) ou si le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) est déjà intervenu pour que soit pris en charge tout ou partie des frais de santé exposés par l'adhérent lors de son séjour à l'étranger :

- ◆ Le formulaire de demande de remboursement dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- ◆ La dernière attestation de droit auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- ◆ L'acte de subrogation dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- ◆ Le formulaire Cerfa n° 1226-7*03 intitulé : « Soins reçus à l'étranger » dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- ◆ La photocopie du passeport de l'adhérent.
- ◆ L'avis d'imposition de l'adhérent ou du foyer fiscal au sein duquel il est rattaché, avec attestation d'hébergement ;
- ◆ Les originaux des factures de soins réalisés à l'étranger ;
- ◆ En cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

11-4 Défaillance

Dans l'hypothèse où l'adhérent n'aurait pas transmis à la mutuelle tous les documents requis pour permettre à la subrogation légale ou conventionnelle d'être mise en place et de jouer, ou n'aurait pas effectué les démarches requises auprès de l'assurance maladie susceptible de le prendre en charge, et après une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par email, restée infructueuse pendant plus de quinze jours, la mutuelle pourra alors demander à l'adhérent de rembourser tout ou partie des sommes qui lui ont été versées par MIS SANTÉ pour les frais de santé pris en charge ou remboursés et pour lesquels la subrogation légale ou conventionnelle ne peut ni être mise en place, ni jouer du fait de l'adhérent.

Article 12 - Prescription

Le présent contrat mutualiste est soumis aux édictons de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité qui dispose que toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 13 - Traitement des réclamations – Autorité de contrôle

13-1 Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant votre garantie Extra-Pass (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement, ...) trois moyens de contact sont à votre disposition :

- ◆ par téléphone, du lundi au vendredi de 09 heures 00 à 18 heures 00, au **04 26 317 907 (appel non surtaxé)** ;
- ◆ par courrier à l'adresse suivante : **MIS Santé, Service santé à l'étranger - CS 30041 - 13417 Marseille Cedex 8** ;
- ◆ par email : via notre formule de contact disponible à l'adresse <https://www.extrapass.fr/nous-contacter>.

La mutuelle s'engage à accuser réception de votre réclamation sous 7 jours puis une réponse sera adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de votre réclamation, et ce sous un délai maximum d'un mois.

13-2 Sur la médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel.

Le médiateur ne peut être saisi par l'adhérent ou par la mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que l'adhérent a adressé à la mutuelle.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes.

Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- ◆ par écrit, à l'adresse suivante : **Médiateur de la FNIM 4, Avenue de l'Opéra – 75001 Paris ;**
- ◆ par email : mediateur@fnim.fr.
- ◆ Pour consulter la charte de médiation : www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html.

13-3 Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, le contrôle de l'État sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la Mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (**ACPR**).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (**AAI**) :

- ◆ Adresser un courrier à l'adresse suivante : **ACPR - 61, Rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 ;**
- ◆ Téléphoner au 08 111 901 801 (**prix d'un appel local à partir de la France métropolitaine de 08 heures 00 à 18 heures 00, du lundi au vendredi**) ;
- ◆ Se rendre sur son site internet : www.abe-infoservice.fr.

Extra-Pass+

Notice d'information

Du Contrat MIS SANTÉ actifs - N° 0803189



PREAMBULE

Lors de la souscription d'un contrat d'assurance santé Extra-Pass+ auprès de MIS SANTÉ nous Vous permettons de bénéficier de garanties d'assistance aux personnes et de garanties d'assurance. Ces garanties consistent à mettre à Votre disposition une aide immédiate lorsque Vous Vous trouvez en difficulté au cours d'un Voyage d'étude à l'Etranger.

Pour vous faire bénéficier de ces garanties nous avons souscrit un contrat d'assurance pour compte auprès d'INTER PARTNER Assistance Succursale France située 6, rue André Gide – 92320 Châtillon, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 316 139 500, société anonyme de droit belge au capital de 11 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487, immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique. INTER PARTNER Assistance, société du groupe AXA Assistance, intervient dans le cadre de ce Contrat sous la marque **AXA Assistance**.

Article 1. MODALITE DE DECLARATION DES SINISTRES

1-1 Pour les garanties d'assistance

Pour bénéficier des garanties du présent Contrat, Vous devez appeler au numéro de téléphone suivant :

+33 (0)1 49 65 24 13

(numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire).

Seules les prestations d'assistance avancées par l'Assuré avec l'accord préalable d'AXA Assistance peuvent lui être remboursées, en envoyant les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant :

AXA Assistance
Service Gestion des Règlements
6, rue André Gide
92320 Châtillon

1-2 Pour les garanties d'assurance

Pour obtenir l'indemnisation prévue au titre des garanties d'assurance, l'Assuré doit déclarer le sinistre AXA Assistance, par l'un des moyens suivants :

- ◆ Par téléphone : +33 (0)1 49 65 25 61
- ◆ Par télécopie : +33 (0)1 55 92 40 41
- ◆ Par courriel : Gestion.Assurances@axa-assistance.com
- ◆ Par courrier recommandé avec avis de réception adresser à

AXA Assistance
Service Gestion des Règlements
6, rue André Gide
92320 Châtillon

Article 2. DEFINITIONS

Dans la présente notice d'information, les mots ou expressions commençant par une majuscule auront la signification qui suit :

ASSURE/VOUS

Désigne toute personne entrée en relation contractuelle avec MIS SANTÉ pour la souscription d'un contrat d'assurance santé Extra-Pass+ déclaré par MIS SANTÉ à AXA Assistance comme assuré par le présent Contrat en cas d'Atteinte corporelle ou de décès survenu lors d'un Voyage d'étude à l'Etranger.

ATTEINTE CORPORELLE

Accident corporel ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'Assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

Par accident corporel on entend toute Atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Par maladie, on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale

AUTORITE MEDICALE

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

DOMICILE

Désigne le lieu de résidence principale de l'Assuré. Il est situé en France.

EQUIPE MEDICALE

Structure d'assistance médicale que AXA Assistance met à disposition des Assurés et adapte à chaque cas particulier.

ETRANGER

Tout pays en dehors du Pays de Domicile de l'Assuré.

Les Départements et Régions d'Outre-Mer sont assimilés à l'Etranger lorsque le Domicile de l'Assuré se situe en France métropolitaine.

FRAIS DE SEJOUR

Frais d'hôtels, petit-déjeuner compris, et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA Assistance organise et prend en charge au titre du présent contrat. **Toute solution de logement provisoire qu'AXA Assistance n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.**

FRANCE

France métropolitaine y compris la Corse, les Départements et Régions d'Outre-Mer.

FRANCHISE

Part des dommages qui restent à la charge de l'Assuré.

FORCE MAJEURE

Événement imprévisible et irrésistible qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

HOSPITALISATION

Séjour imprévu d'une durée supérieure à 24 h, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle. **Le séjour est considéré comme imprévu uniquement lorsqu'il n'a pas été programmé plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation.**

MEMBRE DE LA FAMILLE

Le conjoint de l'Assuré de droit ou de fait ou toute personne qui lui est lié par un Pacs, ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint, ses beaux-pères, belles-mères, frères, sœurs, beaux-frères, belles-sœurs.

Ils doivent être domiciliés dans le même pays que l'Assuré.

PROCHE

Personne physique désignée par l'Assuré ou un de ses ayants droit.

Il doit être domicilié dans le même pays que l'Assuré.

SEJOUR

Déplacement effectué par l'Assuré à l'Etranger pour des besoins étrangers à son activité professionnelle.

La durée du Séjour ne doit pas excéder douze (12) mois consécutifs.

STRUCTURE MEDICALE

Structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par l'Equipe médicale d'AXA Assistance.

TERRITORIALITE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

TITRE DE TRANSPORT

Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'Assuré de justifier du paiement du transport.

Article 3. GARANTIES D'ASSISTANCE MEDICALE

Les garanties d'assistance médicales 3.1 à 3.7 sont acquises à l'Assuré lorsqu'il se trouve en difficulté à la suite d'une Atteinte corporelle ou de son décès survenu au cours d'un Voyage d'Etude à l'Etranger.

3.1 Rapatriement médical

L'Equipe médicale d'AXA Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale d'AXA Assistance.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale d'AXA Assistance entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicales.

3.2 Rapatriement en cas de décès

AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps de l'Assuré ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son pays de Domicile.

AXA Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport sont pris en charge à hauteur de 1500 € TTC.

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

3.3 Retour anticipé

Si la présence de l'Assuré est requise à la suite du décès ou de l'Hospitalisation de plus de dix (10) jours dans son pays de Domicile d'un Membre de sa famille (Hospitalisation sans franchise si le pronostic vital est engagé ou si elle concerne un enfant mineur),

AXA Assistance organise et prend en charge le trajet aller/retour de l'Assuré.

3.4 Visite d'un Proche

Si l'Assuré est hospitalisé plus de quinze (15) jours consécutifs (Hospitalisation sans Franchise si le pronostic vital est engagé), AXA Assistance organise et prend en charge le transport aller/retour et les Frais de séjour sur place d'un Membre de sa famille ou d'un de ses Proches afin qu'ils se rendent auprès de lui.

La prise en charge s'effectue jusqu'à la date de son rapatriement sans pouvoir excéder cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 € par nuit et par Assuré.

3.5 Accompagnement du défunt

Si l'Assuré était seul sur place et que la présence d'un Membre de sa famille ou d'un Proche s'avère nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, AXA Assistance organise et prend en charge son transport aller/retour ainsi que ses Frais de séjour sur place pour une durée de deux (2) nuits consécutives maximum et à concurrence de 80 € par nuit.

3.6 Assistance Perte ou vol des effets personnels

Si à l'Etranger, l'Assuré perd ou se fait voler ses effets personnels ou ses moyens de paiement, après déclaration auprès des autorités locales compétentes, AXA Assistance peut fournir à l'Assuré des informations sur les procédures d'opposition et indiquer le numéro de téléphone des services d'opposition des différentes cartes que l'Assuré détient.

3.7 Assistance papier d'identité ou Titre de transport

En cas de perte, de vol ou de destruction involontaire de ses papiers d'identité, AXA Assistance peut fournir à l'Assuré des informations sur les points suivants :

- ◆ Déclaration de perte ou vol (lieux ou faire les déclarations) ;
- ◆ Aide au renouvellement (où se rendre, documents à fournir, adresses, délais d'obtention).

AXA Assistance peut faire parvenir à l'Assuré ses papiers d'identité renouvelés en France. AXA Assistance prend alors en charge les frais de l'envoi des papiers d'identité. **Les coûts de renouvellement des papiers d'identité restent à la charge de l'Assuré.**

3.8 Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- ◆ Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- ◆ Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son Voyage d'étude ;
- ◆ Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- ◆ Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquée et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une Hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance ;
- ◆ Les suites éventuelles (contrôle, complément de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- ◆ Les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau-né ;
- ◆ Les interruptions volontaires de grossesse ;
- ◆ La chirurgie esthétique ;

- ◆ Les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- ◆ Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- ◆ Les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- ◆ Les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'Assuré.

Article 4. GARANTIES D'ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER

Si l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue à l'Etranger et intervenue au cours de la vie privée, c'est à dire pour des faits sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, AXA Assistance s'engage à mettre en œuvre les prestations ci-après à son profit :

4.1 Avance de caution pénale

AXA Assistance procède à l'avance, sur présentation d'un dépôt de garantie ou signature d'une reconnaissance de dette, de l'éventuelle caution pénale qui serait exigée par les autorités judiciaires locales pour la libération de l'Assuré ou pour lui permettre d'éviter une incarcération, ceci à concurrence de 10 000 € par Assuré. Cette avance sera remise directement à l'autorité judiciaire locale ou à tout organisme ou personne désignée par elle.

L'Assuré est tenu :

- ◆ De désigner AXA Assistance directement comme destinataire des fonds en cas de remboursement de la caution décidé par l'autorité judiciaire et en cas de remboursement qui lui est directement adressé, de restituer à AXA Assistance immédiatement le montant remboursé ;
- ◆ De rembourser les fonds avancés dans les trente (30) jours de la décision judiciaire devenue exécutoire ;
- ◆ En tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

4.2 Frais d'avocat

AXA Assistance prend en charge les frais d'avocat dans la limite de 3 000 € par évènement.

Article 5. GARANTIE D'ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE A L'ETRANGER

5.1 Garantie Responsabilité civile vie privée à l'Etranger

a. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de couvrir les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qui peut incomber à l'Assuré en cas de dommages corporels, matériels ou immatériels causés à des tiers au cours de sa vie privée, par l'Assuré, les personnes dont il répond ou les choses ou les animaux dont il a la garde, dès lors que le fait à l'origine du dommage est survenu pendant la période de validité de ce contrat.

b. Subsidiarité de la garantie

Cette garantie s'applique à l'Etranger dans les pays dans lesquels l'Assuré ne bénéficie pas d'une assurance de Responsabilité Civile souscrite par ailleurs.

5.2 Défense et recours à l'Etranger

a. Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de couvrir :

- ◆ **En défense** : les frais de procédure relatifs à la défense de l'Assuré lorsqu'il est poursuivi par un tiers devant les tribunaux répressifs à la suite d'une infraction commise à l'occasion d'un évènement couvert au titre de la garantie Responsabilité civile à l'Etranger.
- ◆ **En recours** : les frais de procédure relatifs au recours de l'Assuré contre un tiers lorsqu'il a subi un dommage à condition que l'évènement soit couvert au titre de la garantie Responsabilité civile à l'Etranger.

b. Définition des Frais de procédure

Désigne les frais de procédure engagés au civil avec l'accord d'AXA Assistance afin d'organiser la défense de l'Assuré ou son recours, tels que : frais d'enquêtes, coûts de procès-verbaux de police, constats d'huissier, honoraires d'experts ou de techniciens, honoraires et frais non taxables d'avocats.

c. Exclusions de la garantie

Outre les exclusions communes à toutes les garanties, sont exclues : les pénalités et/ou amendes prononcées contre l'Assuré.

5.3 Plafonds et modalités

a. Plafond de la garantie

Le montant indemnisé ne peut excéder les plafonds définis ci-dessous:

	Plafonds	Franchises
Tous dommages confondus	4 500 000 €	150 € par Assuré
Dont les dommages matériels et immatériels consécutifs	75 000 €	150 € par Assuré
Défense recours	20 000 € par litige	380 € par litige

b. Modalité d'application de la garantie dans le temps

Cette garantie déclenchée par le fait dommageable, conformément aux dispositions de l'article L 124-5 du code des assurances, couvre l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'Assuré, dès lors que le fait dommageable survient entre la prise d'effet initiale de la garantie et sa date de résiliation ou d'expiration quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

c. Transaction et reconnaissance de responsabilité

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenue sans l'accord d'AXA Assistance, n'est opposable à AXA Assistance. De même, l'aveu de la matérialité d'un fait ou l'exécution d'un simple devoir d'assistance ne peut être assimilé à une reconnaissance de responsabilité.

d. Déclaration de sinistre

L'Assuré doit déclarer le sinistre à AXA Assistance dans les cinq (5) jours ouvrés où il en a eu connaissance, à l'adresse :

AXA Assistance
6, rue André Gide
92320 Châtillon

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- ◆ Les nom, prénom et adresse de l'auteur du sinistre, des victimes et des éventuels témoins ;
- ◆ Numéro du Contrat ;
- ◆ Toute information ou document nécessaire à la connaissance des faits, la nature et à l'étendue des dommages et permettant de déterminer les responsabilités encourues ;
- ◆ De manière générale, l'Assuré doit transmettre à AXA Assistance toute correspondance ou pièce qui intéresserait le sinistre.

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans la présente garantie entraîne la déchéance de la présente garantie.

e. Procédure spécifique Défense et Recours à l'Etranger

En cas d'action dirigée contre l'Assuré, l'Assuré donne à AXA Assistance tout pouvoir pour diriger le procès et exercer toute voie de recours devant les juridictions civiles ou pour associer AXA Assistance à sa défense et exercer les voies de recours sur les intérêts civils devant les juridictions pénales. L'Assuré doit transmettre à AXA Assistance dès réception, toute convocation, assignation, acte extrajudiciaire et pièce de procédure qui serait adressé ou signifié à l'Assuré.

Si l'Assuré manque à ses obligations, AXA Assistance indemnise les tiers lésés ou leurs ayants droit, mais se réserve la faculté d'exercer contre l'Assuré une action pour recouvrer les sommes versées.

f. Règlement en cas de désaccord pour la Défense et Recours à l'Etranger

En cas de désaccord entre le fondement des droits de l'Assuré ou sur les mesures à prendre pour régler le litige, les Parties peuvent décider de désigner d'un commun accord ou à défaut, par le tribunal du ressort du Domicile de la victime, un conciliateur. Les frais ainsi exposés sont à la charge d'AXA Assistance, sauf si le tribunal en décide autrement.

Si contrairement à l'avis d'AXA Assistance ou, le cas échéant, à celui du conciliateur, l'Assuré décide d'engager une procédure contentieuse et qu'il obtient une solution plus favorable que celle proposée par AXA Assistance ou le conciliateur, AXA Assistance prend en charge les frais de procédure à concurrence des plafonds susvisés.

5.4 Exclusions spécifiques à la garantie Responsabilité civile à l'Etranger et la Défense recours

Outre les exclusions applicables à toutes les garanties, sont également exclues, les conséquences :

- ◆ Des dommages causés aux Membres de la famille de l'Assuré, à ses préposés, salariés ou non, dans l'exercice de leurs fonctions ;
- ◆ Des dommages causés aux animaux ou aux objets qui appartiennent à l'Assuré ou qui lui sont prêtés ou confiés ;
- ◆ Des dommages résultant d'un vol, d'une disparition ou d'un détournement ;
- ◆ Des dommages résultant d'un abus de confiance, de l'injure, de la diffamation ;
- ◆ Des dommages causés par :
 - ◇ Tout véhicule terrestre à moteur répondant à la définition de l'article L211-1 du Code des assurances ;
 - ◇ Tout véhicule terrestre à moteur construit en vue d'être attelé à un véhicule terrestre à moteur,
 - ◇ Tout appareil de navigation aérienne, maritime, fluviale ;
- ◆ Des dommages résultant de la pratique de la chasse, tous sports mécaniques (automobile, motocyclette et plus généralement tout véhicule terrestre à moteur, de tous sports aériens ;
- ◆ Des dommages causés aux tiers et résultant de l'organisation, la préparation ou la participation à une compétition organisée sous l'égide d'une fédération sportive, soumise à autorisation administrative ou à une obligation d'assurance légale ;
- ◆ Des dommages occasionnés au cours de l'activité professionnelle de l'Assuré ou lors de sa participation à une activité organisée par une association loi de 1901, une institution ou une collectivité ;
- ◆ Des dommages découlant de la responsabilité civile de l'Assuré en tant qu'auteur de faits commis sous l'effet de stupéfiants en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique, ou résultant de la participation à un pari, défi ou une rixe ;
- ◆ Des dommages survenus dans des résidences secondaires, les terrains de sports ou de jeux dont l'Assuré est copropriétaire ou locataire à l'année ;
- ◆ Les frais de réparation ou de remplacement des conduites, robinets et appareils intégrés dans les installations d'eau et de chauffage, lorsqu'ils sont à l'origine du sinistre.

Enfin, sont exclus les sinistres survenus en Irak, Somalie, Afghanistan, Syrie ou Corée du Nord.

Article 6. GARANTIE D'ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENTS

6.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement à l'attention de l'Assuré ou à celle de l'un de ses ayants droit d'un capital en cas d'Accident survenu pendant son Voyage d'étude et ayant entraîné une Invalidité permanente totale ou partielle constatée dans un délai de six (6) mois à compter de l'Accident ou son décès dans les 24 mois suivant l'Accident.

6.2 Définitions spécifiques

a. Accident

Lésion consécutive à une Atteinte corporelle, provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré. **Ne sont pas considérés comme des Accidents : les hernies discales ou autres hernies, les lumbagos, sciatique et affections dites « tours de reins », les infarctus, les affections coronariennes, les ruptures d'anévrismes, les embolies cérébrales, les hémorragies méningées, les névrites atteignant un nerf de la région traumatisée.**

b. Bénéficiaire

A défaut de désignation express du Bénéficiaire, le capital décès est versé au conjoint de droit ou de fait de l'Assuré ou toute personne qui lui est liée par un Pacs, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés de l'Assuré ou de toute autre personne désignée, à défaut les héritiers ou ayants droit de l'Assuré ou d'un Bénéficiaire prédécédé.

c. Consolidation

Moment à partir duquel les lésions se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité fonctionnelle permanente réalisant un préjudice définitif.

d. Invalidité permanente

Perte définitive, totale ou partielle, de la capacité fonctionnelle d'une personne qui s'exprime en pourcentage par référence au barème d'évaluation des taux d'invalidité résultant d'un Accident, annexé au Code de la sécurité sociale (Annexe I à l'article R.434-35 dudit code) et est établie par expertise médicale.

6.3 Montant de la garantie

a. En cas de décès consécutif à un Accident

Le montant du capital garanti est fixé :

- ◆ A 8 000 euros par Assuré décédé pour les Assurés âgés de plus de 16 ans et de moins de 70 ans au moment de l'Accident ;
- ◆ A 2 000 euros par Assuré décédé pour les Assurés âgés de moins de 16 ans et de plus de 70 ans au moment de l'Accident.

b. En cas d'Invalidité permanente

AXA Assistance désigne un médecin-expert qui organise une expertise afin de déterminer, après consolidation de son état et au plus tard dans un délai de trois (3) ans à compter de la date de l'Accident, le taux d'invalidité de l'Assuré, par référence au barème de la sécurité sociale défini à l'Annexe 1 de l'article R434-35 du Code de la sécurité sociale. Le montant du capital alloué dépend du taux d'Invalidité permanente constaté pendant les six (6) mois suivant l'Accident.

Le taux d'invalidité minimum pris en considération pour prétendre au bénéfice de la présente garantie est fixé à 10%.

Le montant de l'indemnisation est égal au produit des termes suivants :

- ◆ Taux d'Invalidité permanente déterminé par le barème ci-dessous, ce taux étant estimé en fonction de la capacité existant à la date d'admission à l'assurance ;
- ◆ Le montant du capital assuré, c'est-à-dire :
 - ◇ 40 000 euros par Assuré pour les Assurés âgés de plus de 16 ans et de moins de 70 ans au moment de l'Accident ;
 - ◇ 10 000 euros par Assuré pour les Assurés âgés de moins de 16

ans et de plus de 70 ans au moment de l'Accident.

Pour les infirmités multiples provenant soit d'un même Accident, soit d'Accidents successifs, chaque infirmité partielle est appréciée isolément sans que, toutefois, l'addition des taux d'infirmité partielle concernant le même membre ou le même organe puisse excéder le taux résultant de sa perte totale. En tout état de cause, la somme globale des infirmités partielles est limitée à 100%, le capital global ou le dernier capital partiel étant calculés en conséquence.

c. Non cumul

Le capital décès et l'Indemnité invalidité permanente constituent une et même garantie : la garantie individuelle Accident. En conséquence, en cas de décès consécutif à l'Accident après reconnaissance d'une Invalidité permanente consécutive au même Accident, les indemnités versées ou dues par AXA Assistance au titre de l'Invalidité permanente viennent en déduction de celles dues en cas de décès.

d. Engagement maximum : plafond de garantie par évènement

Dans le cas où la garantie s'exercerait en faveur de plusieurs Assurés victimes d'un même évènement, l'engagement maximum d'AXA Assistance ne pourra excéder 2 500 000 euros pour l'ensemble des indemnités dues au titre des capitaux décès et invalidité permanente. Les indemnités dues seront alors réduites et réglées proportionnellement.

6.4 Modalité d'application et justificatifs requis

L'Assuré, ou l'un de ses ayants droit, doit déclarer le sinistre dans les 30 jours suivant la date de l'Accident ou celle à laquelle il en a eu connaissance, à l'adresse :

AXA Assistance
6, rue André Gide
92320 Châtillon

La déclaration doit comporter les éléments suivants :

- ◆ Ses noms, prénom et adresse des auteurs du sinistre et des éventuels témoins ;
- ◆ Le numéro du Contrat ;
- ◆ Toute information ou document nécessaire à la connaissance des faits, à la nature, aux circonstances, à la date et au lieu de l'Accident ;
- ◆ Une copie d'une pièce d'identité permettant d'attester de la qualité d'Assuré ;
- ◆ En cas de décès, tout document permettant d'attester de la qualité de Bénéficiaire du capital décès accidentel (copie de pièce d'identité, Pacte Civil de solidarité, livret de famille, etc).
- ◆ En cas d'invalidité : la notification définitive de l'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'invalidité, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits ;
- ◆ Le cas échéant : l'acte de décès ;
- ◆ Sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical d'AXA Assistance :
- ◇ Le bulletin d'Hospitalisation et le certificat médical comportant la date du premier acte médical, la description détaillée de la nature des blessures et des soins, ainsi que les conséquences qui peuvent en découler ;
- ◇ En cas d'Invalidité : le certificat de consolidation ;
- ◆ De manière générale, l'Assuré doit transmettre toute correspondance ou pièce de procédure qui intéresserait le sinistre.

Outre ces pièces, AXA Assistance se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans la présente garantie entraîne la déchéance de la présente garantie.

6.5 Capital décès accidentel

Le capital décès est versé dans les soixante (60) jours suivants la réception de toutes les pièces justificatives nécessaires. Le paiement s'effectuera en euros.

6.6 Capital invalidité permanente

A tout moment, AXA Assistance se réserve le droit de nommer un médecin expert de son choix, lequel aura pour mission de constater que l'état de santé de l'Assuré rentre dans le cadre de la présente garantie. Le refus de l'Assuré entraîne la déchéance de la présente garantie.

Le médecin d'AXA Assistance pourra demander à l'Assuré tout document qu'il jugera nécessaire à l'analyse de l'état de santé de l'Assuré.

L'indemnisation Invalidité permanente est versée à l'Assuré dans les soixante (60) jours suivant la réception de toutes les pièces justificatives nécessaires. Le paiement s'effectuera en euros.

A la demande de l'Assuré, si AXA Assistance et l'Assuré ne sont pas parvenus à un accord sur le taux d'invalidité définitif ou si la consolidation n'est pas survenue à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes peuvent être versés à l'Assuré.

6.7 Subrogation

Après le paiement des sommes assurées en cas de décès accidentel, aucun recours n'est possible contre le responsable du sinistre, conformément à l'article L 131-2 du code des assurances.

Après le paiement des sommes assurées en cas d'Invalidité permanente, AXA Assistance bénéficie d'un recours subrogatoire de plein droit à l'encontre du responsable du sinistre dès lors que les sommes allouées ont un caractère indemnitaire.

6.8 Exclusions spécifiques à la garantie Individuelle Accidents

Les exclusions communes à toutes les garanties s'appliquent. En outre, sont également exclus :

- ◆ L'état antérieur de l'Assuré ;
- ◆ Les Accidents survenus pendant la vie professionnelle pour des :
 - ◇ Pilotes d'aéronefs ou personnels navigant,
 - ◇ Travailleurs sur plateformes pétrolières ou gazières,
 - ◇ Humanitaires.
- De plus, sont exclus les conséquences :
 - ◆ Du suicide ou de la tentative de suicide ;
 - ◆ D'un Accident subi à l'occasion d'un Déplacement ou séjour dans une des régions ou des pays déconseillés par le ministère des affaires étrangères ;
 - ◆ Du traitement esthétique et/ou opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un Accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
 - ◆ De la pratique des activités suivantes :
 - ◇ Acrobaties aériennes, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, montgolfières ou engins similaires ;
 - ◇ Essais, entraînements ou participation à des épreuves ou compétitions comportant l'utilisation des véhicules ou embarcations à moteur ;
 - ◇ Sports en compétition ;
 - ◇ Sports professionnels ;
 - ◇ Tentatives de records, paris de toute nature ;
 - ◇ Séjours de loisirs sportifs, les raids et expéditions ou toute activité sportive constituant le motif principal du séjour ;

- ◆ De cure de toute nature ;
- ◆ De la négligence, du défaut de soins ou de l'usage de soins empiriques sans contrôles médical (sauf en cas de force majeure) ;
- ◆ D'affections neurologiques, psychiatriques ou psychologiques.

Enfin sont exclus les Accident survenus en Irak, Somalie, Afghanistan, Syrie et Corée du Nord.

Article 7. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions légales et outre les éventuelles exclusions spécifiques précitées, sont exclus :

- ◇ les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant son Déplacement ;
- ◇ les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le Déplacement de l'Assuré ;
- ◇ le coût des communications téléphoniques, excepté celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce Contrat ;

De plus, ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- ◇ de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- ◇ d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré;
- ◇ des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;
- ◇ des dommages que vous avez causés ou subis lorsque le Bénéficiaire pratique les sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- ◇ de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- ◇ du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive;
- ◇ de la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- ◇ d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- ◇ d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- ◇ la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- ◇ la mobilisation générale ;
- ◇ toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités ;
- ◇ tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- ◇ tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire ;
- ◇ toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;
- ◇ les cataclysmes naturels ;
- ◇ les épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;
- ◇ toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernementale ;
- ◇ tous les cas de force majeure.

Article 8. PRISE D'EFFET – DUREE – RESILIATION

Les garanties d'assistance sont acquises aux Assurés pendant toute la durée du contrat d'assurance santé Extra-Pass+ souscrit auprès de MIS SANTÉ.

Elles cessent leur effet de plein droit, sans autre avis, à la date à laquelle le contrat d'assurance santé Extra-Pass+ prend fin pour quelques raisons que ce soit.

Article 9. RECLAMATIONS ET DIFFERENDS

En cas de réclamation concernant la mise en œuvre des garanties du Contrat, les Bénéficiaires peuvent s'adresser à :

AXA Assistance
Service Gestion des Réclamations
6, rue André Gide
92320 Châtillon

Si un désaccord subsiste, les Bénéficiaires ont la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées seront communiquées par AXA Assistance sur demande, ceci sans préjudice de l'exercice d'autres voies d'actions légales.

Article 10. AUTORITE DE CONTROLE

INTER PARTNER Assistance, en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge, est soumise au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique sise Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique + TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles – www.bnb.fr).