

Assurance santé internationale

Document d'information sur le produit d'assurance



Compagnie : Groupama Gan Vie – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – RCS Paris 340 427 616

Produit : Relais'Expat+

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. La totalité des informations contractuelles et précontractuelles du produit se trouvent dans la Notice d'Information valant Conditions Générales du contrat.

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

Le produit Relais'Expat+ est destiné à rembourser en complément de la CFE tout ou partie des frais de santé de l'assuré résidant à l'étranger.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Un montant global maximum de prestations par an et par bénéficiaire est également prévu en fonction du niveau de garanties choisi. Ce plafond figure au tableau de garanties. Lorsque ce plafond est atteint, les frais engagés au-delà ne sont pas pris en charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Hospitalisation : frais de séjour, hospitalisation d'urgence, consultations et actes de spécialistes, médicaments prescrits, prothèses, soins oncologiques, traitements et soins psychiatriques...
- ✓ Médecine courante : consultations de médecins généralistes et spécialistes, médicaments prescrits, kinésithérapie, ostéopathie et chiropractie, psychiatrie, vaccination, bilans de santé...
- ✓ Responsabilité Civile Vie Privée
- ✓ Assistance Juridique
- ✓ Evacuation médicale

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Dentaire : soins dentaires courants, prothèses et implants dentaires, chirurgie, orthodontie...
- Optique : verres et monture, frais de traitements chirurgicaux des corrections visuelles, lentilles...
- Maternité : maternité et séances de préparation à l'accouchement, soins pré et postnataux reçus par la mère...
- Assistance/Rapatriement : retour anticipé en cas d'hospitalisation/décès d'un membre de la famille, second avis médical, soutien psychologique, retour anticipé en cas de sinistre dans le lieu de résidence...

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Application mobile
- ✓ Espace assuré
- ✓ Réseau médical



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties
- ✗ Les frais qui ont été payés par un autre organisme d'assurance, une personne, une organisation ou un programme public
- ✗ Les frais accessoires n'ayant pas une vocation médicale directe tels que les frais de téléphone, de télévision, d'accès internet, les journaux, les frais de taxi, les repas fournis aux visiteurs...
- ✗ Les traitements et séjours en centres de cure, centres de remise en forme, établissements de convalescence ou maisons de repos, spas et stations thermales,... et autres institutions semblables qui ne sont pas reconnues comme des Hôpitaux
- ✗ Les frais de traitement cosmétique, esthétique ou de reconstruction, sauf si ce traitement est lié au rétablissement d'un aspect physique ou d'une fonction faisant suite à un accident/une intervention chirurgicale
- ✗ Les soins, traitements et conséquences résultant soit d'une tentative de suicide, soit de blessures ou maladies auto-infligées, soit de l'usage de stupéfiants hors prescription médicale



Y a-t-il des exclusions à la couverture ? (= ce qui n'est pas couvert)

- ! Les pathologies préexistantes
- ! Les médicaments non prescrits
- ! Les frais d'interruption volontaire de grossesse
- ! Toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée
- ! Les frais jugés somptueux, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés
- ! Les frais de psychomotricité
- ! Les frais de GPA (Gestation pour Autrui), à savoir tous traitements directement liés au recours de mères porteuses, que l'Assurée soit la mère porteuse ou le parent d'accueil

Groupama Gan Vie



Où suis-je couvert(e) ?

- Dans la zone de couverture sélectionnée et les zones inférieures (voir détail dans les Conditions Générales du contrat)
- Dans le monde entier, pour les seuls soins à prodiguer d'Urgence, lors de séjours ponctuels d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs (seulement s'ils font suite à un accident ou une maladie inopinée soudaine et imprévisible)



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de réduction ou de déchéance de garanties

- A la souscription du contrat : remplir avec exactitude et sincérité, et signer le bulletin d'adhésion et le questionnaire médical fournis par l'assureur, fournir tous les documents justificatifs demandés, régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- En cours de contrat : fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat, faire parvenir à l'assureur les demandes de remboursements dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins, informer l'assureur en cas de changement de situation (changement d'adresse, de profession, modification de la composition familiale, etc.)



Quand et comment effectuer mes paiements ?

- Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, en euros.
- Vous pouvez effectuer vos paiements en ligne (par carte bancaire), par prélèvement automatique (sur un compte en France ou à Monaco uniquement), par chèque bancaire ou postal.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le 1 ou 15 du mois qui suit la notification de l'acceptation de l'adhésion. L'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son Certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction à chaque anniversaire, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- Vous pouvez mettre fin au contrat :
 - En cours d'année, le 1 ou 15 du mois suivant la date de réception du courrier de résiliation accompagné d'un justificatif officiel (préavis minimal d'un mois)
 - Au terme de la durée fixe indiquée au Certificat d'adhésion ou à la fin de la période couverte par la dernière cotisation réglée, lorsque l'adhérent demande la radiation de son adhésion au contrat, notifiée par lettre adressée à MSH International sous réserve d'un préavis de 2 mois.
 - En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.