

Une mutuelle, appelée Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**MIS Santé**) est établie à Marseille au 10, rue Léon Paulet - CS 30041 - 13417 Marseille cedex 8. Elle est régie par le Code de la mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 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 Santé (**MIS Santé**), il est établi un règlement mutualiste qui définit les droits et obligations réciproques des adhérents, d'une part et **MIS Santé**, d'autre part, en ce qui concerne les prestations servies et les cotisations acquittées relatives au présent contrat mutualiste.

Les garanties de la gamme **iwi-F** sont destinées à garantir la prise en charge ou le remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie inopinée ou par un accident survenus lors d'un séjour en France.

Les garanties SCHENGEN 70 et SCHENGEN 90 interviennent au premier euro en l'absence de couverture par un régime d'Assurance Maladie français.

La garantie SCHENGEN Delta 90 intervient en complément du régime d'Assurance Maladie français lorsque l'adhérent en devient bénéficiaire pendant la durée du contrat de la garantie SCHENGEN 90 (article 4).

## Article 2 - Conditions et modalités d'adhésion

### 2.1 Conditions d'adhésion

Être habituellement résident à l'étranger et séjourner en situation régulière et temporaire sur le territoire français pour :

- suivre des études,
- effectuer un stage d'étude ou une mission d'étude,
- participer à un séjour linguistique,
- passer des vacances.

### 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 Santé (**MIS Santé**) en espèces, par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion ou, en cas de paiement fractionné, par un mandat de prélèvement SEPA sur un compte bancaire situé dans un pays de la zone SEPA,
- une copie de la carte d'identité ou du passeport,
- une copie du visa ou du titre de séjour sur le territoire français.

## 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 quatorze (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, constitue de sa part une demande expresse et irrévocable d'exécution du contrat mutualiste emportant renonciation au délai et au droit de rétractation.

## Article 4 - Garantie en complément d'un régime d'Assurance Maladie français

Si un adhérent de la garantie SCHENGEN 90 venait à bénéficier d'un régime d'Assurance Maladie français et si et seulement si cet adhérent en fait la demande expresse à **MIS Santé**, cette garantie devient la garantie SCHENGEN Delta 90 qui intervient alors en complément des remboursements de Sécurité sociale. Les tarifs appliqués pour les mensualités restantes sont alors ceux mentionnés dans le tableau intitulé «Garantie SCHENGEN Delta 90» (article 8.1).

## Article 5 - 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 6 - Prise d'effet, durée, résiliation

### 6.1 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.

**Les garanties de MIS Santé sont acquises à l'assuré après expiration d'un délai de carence de sept (7) jours à compter de la souscription du contrat d'assurance santé (aucun délai de carence en cas d'accident).**

### 6.2 Durée

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

Cette durée peut être de quinze (15) jours au minimum et de douze (12) 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 dans le pays d'origine ou de départ définitif de France en cas de départ anticipé.

Si un événement quel qu'il soit intervient pendant un retour temporaire hors de France (article 9.3.1) rendant impossible la reprise du séjour en France, le jour de départ de France de l'assuré est considéré comme étant la date de départ définitif.

### 6.3 Résiliation

En cas de défaut de paiement, il est 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 ».*

En cas de défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation, les frais de recouvrement et de procédure dont le montant s'élève de deux-cents (200) euros sont à la charge de l'adhérent.

## Article 7 - Zone géographique

Les garanties **iwi-F** sont valables sur l'ensemble des 26 pays signataires de l'accord de Schengen.

En cas de séjour temporaire hors de France (article 9.3.1), les garanties SCHENGEN 90 et SCHENGEN Delta 90 s'étendent au monde entier à l'exception des pays suivants : **Afghanistan, Djibouti, Éthiopie, Irak, Mauritanie, Somalie, Soudan, Syrie, Yémen.**

## Article 8 - Cotisations et paiement des cotisations

### 8.1 Cotisations

Pour bénéficier du tarif étudiant, les adhérents doivent être âgés de seize (16) ans à trente-cinq (35) ans, être habituellement résident à l'étranger, séjourner de façon régulière sur le territoire français et être lycéen ou étudiant ou assimilé en France ou être en cours d'inscription pour le devenir dans les trois (3) mois suivant la prise d'effet de la garantie.

Les cotisations sont les suivantes pour chaque garantie :

#### Garantie SCHENGEN 70

	15 jours	1 mois	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois
<b>Étudiants</b> (de 16 à 35 ans)	25 <sup>00</sup> €	40 <sup>00</sup> €	90 <sup>00</sup> €	180 <sup>00</sup> €	270 <sup>00</sup> €	360 <sup>00</sup> €
<b>- 20 ans</b>	30 <sup>00</sup> €	40 <sup>00</sup> €	90 <sup>00</sup> €	180 <sup>00</sup> €	270 <sup>00</sup> €	360 <sup>00</sup> €
<b>20 ans à 60 ans</b>	45 <sup>00</sup> €	60 <sup>00</sup> €	153 <sup>00</sup> €	288 <sup>00</sup> €	405 <sup>00</sup> €	504 <sup>00</sup> €
<b>60 ans et plus</b>	60 <sup>00</sup> €	80 <sup>00</sup> €	204 <sup>00</sup> €	384 <sup>00</sup> €	540 <sup>00</sup> €	672 <sup>00</sup> €

#### Garantie SCHENGEN 90

	Pour 15 jours	Par mois
<b>Étudiants</b> (de 16 à 35 ans)	30 <sup>00</sup> €	48 <sup>00</sup> €
<b>- 30 ans</b>	45 <sup>00</sup> €	60 <sup>00</sup> €
<b>30 ans à 50 ans</b>	70 <sup>00</sup> €	95 <sup>00</sup> €
<b>50 ans à 70 ans</b>	108 <sup>00</sup> €	145 <sup>00</sup> €

#### Garantie SCHENGEN Delta 90

	Pour 15 jours	Par mois
<b>Étudiants</b> (de 16 à 35 ans)	21 <sup>00</sup> €	33 <sup>60</sup> €
<b>- 30 ans</b>	31 <sup>50</sup> €	42 <sup>00</sup> €
<b>30 ans à 50 ans</b>	49 <sup>00</sup> €	66 <sup>50</sup> €
<b>50 ans à 70 ans</b>	75 <sup>60</sup> €	101 <sup>50</sup> €

### 8.2 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 en espèces, par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion ou, en cas de paiement fractionné, par un mandat de prélèvement SEPA sur un compte bancaire situé dans un pays de la zone SEPA.

Le paiement fractionné n'est possible que pour des garanties d'une durée supérieure ou égale à cinq (5) mois et pour une souscription au plus tard quinze (15) jours avant la date de prise d'effet des garanties. Les paiements fractionnés sont mensuels.

En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements mensuels est égal au nombre de mois de couverture moins trois (3). En effet, la part de cotisation correspondant aux trois (3) derniers mois de couverture est réglée au comptant lors de la souscription.

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 (article 6.3).

### 8.3 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 prise d'effet, est acceptée moyennant le paiement à la mutuelle d'une indemnité de dédit égale à vingt (20) euros si elle lui est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par courriel.

Aucune annulation n'est 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.) génère, pour chaque modification, le paiement par l'adhérent d'une somme égale à dix (10) euros au titre des frais de modification.

À compter de la date de prise d'effet, plus aucune demande de modification de celle-ci, ni de la durée du contrat mutualiste n'est acceptée.

## Article 9 - Prestations

### 9.1 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 l'adhérent indiqué comme tel sur le bulletin d'adhésion.

Les garanties ne s'étendent ni ne bénéficient à aucun ayant-droit de l'adhérent.

Pour donner lieu à remboursement, les actes médicaux 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.

En cas de séjour temporaire hors de France et dans l'hypothèse où une maladie inopinée ou un accident graves nécessite des soins importants et lourds, l'assuré doit, 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. À défaut d'acceptation par l'assuré, **MIS Santé** est en droit de refuser toute prise en charge et tout remboursement de soins. Aucun frais de santé engagé suite à la fin du contrat mutualiste ne donne lieu à remboursement.

Les frais de santé intervenus dans les quinze (15) jours suivant la date de fin du contrat mutualiste donnent 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 et si l'assuré ne peut être rapatrié dans son pays d'origine, qu'il accepte ou non son rapatriement.

### 9.2 Risques couverts et risques exclus

#### 9.2.1 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 », il faut entendre 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).

#### 9.2.2 Risques exclus

Sont toujours exclues les dépenses de santé qui ont 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 etc. ;**

— **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'adhérent 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'adhérent 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 pré-existantes ou qui sont le fait volontaire de l'adhérent et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires ;**

— **les maladies pré-existantes, les conditions de santé pré-existantes et leurs conséquences (sont pré-existantes les blessures, maladies ou conditions de santé qui sont intervenues et/ou diagnostiquées et/ou traitées précédant la souscription par l'adhérent au présent contrat) ;**

— **l'état alcoolique de l'adhérent, 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'adhérent d'un sport à titre professionnel ;**

— **la participation de l'adhérent à une course ou à une compétition nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur ;**

— **la pratique par l'adhérent 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 haute montagne, hurling, ski hors-piste, hockey, tout sport de combat, etc. ;**

— **l'utilisation d'armes à feu par l'adhérent.**

### 9.3 Prestations garanties et prestations exclues

#### 9.3.1 Prestations garanties

Tous les frais ou actes de santé ci-après indiqués et qui sont consécutifs à l'un des risques couverts (article 9.2.1 du présent règlement) :

— Médecine hospitalière :

• consultations généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes) ;

• frais de séjour et forfait hospitalier ;

• actes de chirurgie, actes d'anesthésie et de réanimation ;

• frais éventuels de salle d'opération ;

• actes d'auxiliaires médicaux ;

• actes d'analyses médicales et travaux de laboratoire ;

• actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;

• frais pharmaceutiques ;

• frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation

- frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat.

— Médecine courante hors hospitalisation :

- 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 médicales et travaux de laboratoire ;
- actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;
- médicaments sur prescription médicale.

— Frais dentaires occasionnés par accident ou une urgence dentaire non consécutifs à un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives :

- 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 quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications.

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

- consultations, visites des ophtalmologistes ;
- soins ophtalmologiques (hors prothèses, implants, appareillages optiques et chirurgie laser).

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

— Frais de santé engagés lors d'un séjour temporaire monde entier (prise en charge incluse uniquement dans les garanties SCHENGEN 90 et SCHENGEN Delta 90 d'une durée supérieure ou égale à un (2) mois) :

- médecine hospitalière ;
- médecine courante hors hospitalisation ;
- urgence dentaire ;
- urgence ophtalmologique.

Par « séjour temporaire monde entier », il faut entendre tout séjour effectué hors du territoire français quinze (15) jours minimum après la date de prise d'effet du contrat, après une présence effective sur le territoire français d'une durée minimale de quinze (15) jours et :

- d'une durée consécutive maximale de quinze (15) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à un (1) mois et inférieure à six (6) mois,
- d'une durée consécutive maximale de trente (30) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à six (6) mois.

Aucun frais de santé engagé lors d'un séjour temporaire monde entier n'est garanti pour les contrats d'une durée inférieure à un (2) mois.

Taux et plafonds de garantie\* :

Garantie SCHENGEN 70

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière	<b>70%</b> des frais réels	30 000 €
Médecine courante hors hospitalisation		
Frais dentaires d'urgence		150 €
Frais ophtalmologiques d'urgence		
Séjour temporaire monde entier	Garantie non incluse	

Garanties SCHENGEN 90 et SCHENGEN Delta 90

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière	<b>90%</b> des frais réels	80 000 €
Médecine courante hors hospitalisation		
Frais dentaires d'urgence		150 €
Frais ophtalmologiques d'urgence		
Séjour temporaire monde entier **	30 000 €	

\* dans la limite des frais engagés par l'adhérent

\*\* uniquement pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à 2 mois

**9.3.2 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 sont pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat mutualiste ;

— les actes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ;

— les interventions médicales ou chirurgicales, 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 sont la conséquence d'un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives ;

— les traitements ou soins ophtalmologiques courants ou qui sont 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 :

— à l'insuffisance rénale,

— au diabète et à ses complications,

— aux maladies nerveuses et mentales,

- à l'épilepsie,
- aux ruptures d'anévrisme artériel ou de malformations artérioveineuses et aux infarctus du myocarde,
- à l'alcoolisme et à la dépendance de l'adhérent à la consommation de toute drogue ou substance considérées comme toxiques aux doses ingérées, à leur prise en charge ainsi qu'à toutes conséquences neurologiques et psychiatriques,
- 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 qu'à toute lésion chronique de la paroi abdominale.

Sont toujours exclus :

- les prothèses, orthèses (auditives, dentaires, oculaires, plantaires, de membres, etc.) et ortho-prothèses,
- les appareillages dentaires (appareil dentaire orthopédiques, orthodontique, extra-oral, élastiques, gouttières, attelles, etc.) et ophtalmologique (lunettes, lentilles de contact cornéennes, intraoculaires, etc.),
- les appareillages tel que fauteuil roulant, béquilles, canne, déambulateur, lit médicalisé, etc. ,
- le matériel de contention,
- les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crème solaire, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampooing etc.,
- 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 trente (30) jours ou une intervention chirurgicale lourde. En toute hypothèse, les frais d'hébergement ou de traitement sont limités à trente (30) 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, les 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 10 - Modalités de mise en œuvre de la garantie

### 10.1 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 10.3), 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.

À défaut d'acceptation de l'entente préalable par **MIS Santé** dans un délai de dix (10) jours, cette dernière est réputée refusée.

La demande d'entente préalable permet de vérifier a priori la recevabilité des 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 donnés et non un engagement de remboursement qui ne peut être donné qu'après réception de toutes les pièces justificatives (article 10.5).

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'adhérent s'engage à accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par les services **MIS Santé**.

### TOUT REFUS DE LA SOLUTION PROPOSÉE PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE MIS SANTÉ ENTRAÎNE LA NON PRISE EN CHARGE DU SINISTRE.

En cas d'absence de demande d'entente préalable ou de refus d'entente préalable, aucune demande de remboursement n'est acceptée par **MIS Santé**. Si toutefois les pièces justificatives font 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 est accordé aux taux suivants\* :

#### Garantie SCHENGEN 70

	Taux normal	Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en série
Médecine hospitalière	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais dentaires	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais ophtalmologiques	70 % des frais réels	50 % des frais réels

#### Garanties SCHENGEN 90 et SCHENGEN Delta 90

	Taux normal	Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en série
Médecine hospitalière	100 % des frais réels	50 % des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	90 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais dentaires	90 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais ophtalmologiques	90 % des frais réels	50 % des frais réels

\* dans la limite des frais engagés par l'adhérent

### 10.2 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 10.3), l'assuré doit

transmettre une déclaration circonstanciée de sinistre à **MIS Santé** dans un délai de cinq (5) jours.

Le délai de cinq (5) jours commence à courir le jour de l'accident ou le 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'adhérent 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 est communiqué à l'adhérent dès l'enregistrement de la déclaration 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'adhérent ;
- un numéro de téléphone et une adresse courriel permettant de joindre l'adhérent ;
- 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.

### 10.3 Prise en charge

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à vingt-quatre (24) heures et si l'assuré en fait la demande, **MIS Santé** prend directement en charge les frais d'hospitalisation dans la limite du tableau de garantie (article 9.3.1).

La demande de prise en charge doit être réalisée auprès de **MIS Santé** :

- par téléphone au +33 (0)4 26 31 79 07 (du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 - numéro non surtaxé - coût de l'appel à la charge de l'adhérent) ou
- par courrier à l'adresse **MIS Santé** - Service Prise en charge - CS 30041 - 13417 Marseille Cedex 8.

La demande de prise en charge vaut déclaration de sinistre et demande d'entente préalable pour les hospitalisations de plus de vingt-quatre (24) heures.

### 10.4 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 10.5) à **MIS Santé** dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) mois après la fin de son contrat.

Dans l'hypothèse où l'adhérent n'est pas bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie français, la demande de remboursement est immédiatement transmise à **MIS Santé** pour un remboursement au premier euro.

Dans l'hypothèse où l'adhérent est bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie français, la demande de remboursement est transmise à **MIS Santé** après intervention du régime d'Assurance Maladie pour un remboursement complémentaire des frais de santé.

### 10.5 Pièces justificatives à fournir

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),
- l'original des factures de soins pour les adhérents des garanties SCHENGEN 70 et SCHENGEN 90,

— les décomptes de remboursement de la Sécurité sociale pour les adhérents de la garantie SCHENGEN Delta 90 (article 4),

— en cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

## Article 11 – Fonds d'entraide mutualiste

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

Les bénéficiaires sont les adhérents de **MIS Santé**.

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 adhérents subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leur cotisation du régime complémentaire d'assurance maladie,
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que l'adhérent 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 12 – Subrogations légales et conventionnelles

### 12.1 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.

### 12.2 Subrogation conventionnelle fondée sur les articles 1346 et suivants du Code civil

Dans l'hypothèse où l'adhérent bénéficie d'un régime d'Assurance Maladie français durant son séjour et si l'adhérent n'active pas l'option complémentaire santé (article 4), l'adhérent subroge dans tous ses droits et dès à présent la mutuelle auprès de cet organisme d'assurance maladie afin que la mutuelle puisse réclamer à cedit organisme les sommes que ce dernier a été amené à verser à l'adhérent si celui-ci a sollicité, auprès de cet organisme, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent lors de son séjour dans l'espace Schengen.

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

### 12.3 Documents à transmettre à la mutuelle dans le cadre de la subrogation légale ou conventionnelle

Sauf si l'adhérent a utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) ou si le Centre National des Soins à l'Étranger (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, l'adhérent doit, dans l'hypothèse où il a perçu des remboursements de frais de santé intervenus lors d'un séjour temporaire hors du territoire français et s'il est bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie français, transmettre à **MIS Santé** dans le mois qui suit son retour de l'étranger les documents suivants :

- 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 ;
- l'original des factures de soins réalisés à l'étranger ;
- en cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

#### 12.4 Défaillance

Dans l'hypothèse où l'adhérent n'a 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'a 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 peut 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 13 - Prescription

**Le présent contrat mutualiste est soumis aux édictions 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 14 – Traitement des réclamations - Médiation - Autorité de contrôle

#### 14.1 Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant une garantie **iwi-F** (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement, ...) trois moyens de contact sont à la disposition de l'adhérent :

- 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 réclamation - CS 30041 - 13417 Marseille Cedex 8 ;

— par email :

via notre formulaire de contact disponible à l'adresse <https://www.mis-sante.fr/contact-mis>.

La mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation sous sept (7) jours puis une réponse est adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de la réclamation, et ce sous un délai maximum d'un (1) mois.

#### 14.2 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 :

— par écrit, à l'adresse suivante :

Médiateur de la FNIM - 4, avenue de l'Opéra - 75001 Paris ou

— par email : [mediateur@fnim.fr](mailto:mediateur@fnim.fr).

Pour consulter la charte de médiation :

[www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html](http://www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html).

#### 14.3 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 Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

— adresser un courrier à l'adresse suivante :

ACPR - 4, place de Budapest - CS 92459 - 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](http://www.abe-infoservice.fr).

---

### Article 15 - Données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la mutuelle conformément à son objet, en conformité avec les dispositions du Règlement n° 2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et toute loi ou règlement français applicable.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la mutuelle et pendant la durée des délais

de prescription tels que fixés par la loi.

Sauf autorisation du membre de la mutuelle, aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander la communication, la mise à jour ou rectification et la portabilité des données personnelles le(la) concernant, détenues dans les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit en s'adressant à la mutuelle :

— par courrier à l'adresse suivante : MIS Santé – Protection des données personnelles – CS 30041 – 13417 Marseille cedex 08 ;

— par mail : [donneespersonnelles@mis-sante.fr](mailto:donneespersonnelles@mis-sante.fr).

---

## Informations et souscriptions

---

Sur Internet : [www.iwif.fr](http://www.iwif.fr)

---

Par téléphone : + 33 (0)1 83 65 00 38 (appel non surtaxé)  
Du lundi au vendredi, de 9h00 à 19h00

---

Par courrier : MIS Santé:  
MIS Santé- Service IWI-F  
CS 30041  
13417 Marseille cedex 8

---



## Préambule - Objet

Dans le cadre de son offre, la société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé) souhaite proposer aux adhérents à son règlement mutualiste « iwi-F », des garanties d'assistance aux personnes en cas de difficultés au cours de leurs déplacements.

MIS Santé a souscrit auprès d'AXA Assistance un contrat d'assurance pour compte au sens de l'article L112-1 du Code des assurances, au profit de ses Adhérents.

\*\*\*

La présente notice a pour objet de préciser le contenu des garanties d'assistance et définir les termes, conditions et limites de mise en œuvre desdites garanties d'assistance. En cas de contradictions entre une information publiée par MIS Santé, et le Contrat souscrit par MIS Santé auprès d'AXA Assistance tel que résumé par la présente notice, le Contrat prévaudra.

## ARTICLE 1 – « Que doit faire le Bénéficiaire en cas de sinistre ? »

En cas d'événement nécessitant l'intervention d'AXA, le Bénéficiaire doit appeler AXA au numéro de téléphone suivant :

**+33 (0)1 55 92 19 09**

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

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues au Contrat sans l'accord préalable d'AXA, matérialisé par un numéro de dossier, **ne peut donner lieu à un remboursement.**

**Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA sont prises en charge ou remboursées, sous réserve d'envoyer les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant. AXA intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.**

## ARTICLE 2 – Prise d'effet et Durée de la couverture

Les garanties sont accessibles pendant toute la durée du Contrat n°0803602 conclu entre AXA et MIS Santé et couvrent les événements survenus au plus tôt le 01/03/2018 et au cours de cette même période.

Les garanties d'assistance ne sont acquises au Bénéficiaire qu'à compter de la prise d'effet de leur adhésion au règlement mutualiste « iwi-F » et jusqu'à la fin de cette adhésion.

Seul le Contrat **intégral** souscrit par MIS Santé auprès d'AXA fera foi en cas de différends, étant entendu que les exceptions opposables par AXA à MIS Santé sont également opposables aux Bénéficiaires du Contrat.

## ARTICLE 3 – Réclamations et différends

En cas de désaccord concernant la gestion du Contrat, le Bénéficiaire s'adresse en priorité à son interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA - Service Gestion Relation Clientèle  
6, rue André Gide  
92320 Châtillon

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact »  
[www.axa-assistance.fr/contact](http://www.axa-assistance.fr/contact)

AXA s'engage à accuser réception sous huit (8) jours à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée au Bénéficiaire dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de quarante (40) jours, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire, auquel cas le Bénéficiaire en sera averti par écrit avant la fin dudit délai de 40 jours.

Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire peut faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance  
TSA 50110  
75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet :

[www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)

Ce recours est gratuit. La saisine et l'avis du Médiateur ne s'imposent pas et laisseront toute liberté au Bénéficiaire pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant :

[www.mediation-assurance.org/medias/mediation-assurance/Charte\\_V2.pdf](http://www.mediation-assurance.org/medias/mediation-assurance/Charte_V2.pdf) »

---

## ARTICLE 4 - Protection des données personnelles

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant l'Assuré sont collectées, utilisées et conservées par Axa Assistance pour la gestion et l'exécution de son contrat d'assistance, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à la politique de protection des données personnelles d'AXA publiée sur son site internet.

Dans le cadre de ses activités, AXA pourra :

a. Transmettre les données personnelles et les données relatives au Contrat, aux entités du Groupe AXA, à ses prestataires de services, au personnel d'AXA et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier d'assistance, fournir les prestations qui sont dues au titre du Contrat, procéder aux paiements, prévenir la fraude, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet.

b. Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques des Assurés dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus.

c. Procéder à des études statistiques et actuarielles et à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter les produits aux besoins du marché.

d. Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'assistance et autres communications relatives au service clients.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire. Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers, ou s'il refuse légitimement une quelconque utilisation de ses données, il peut s'y opposer en écrivant au :

Délégué à la Protection des données

AXA ASSISTANCE

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Pour toute utilisation des données personnelles à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA sollicitera le consentement de l'Assuré. L'Assuré pourra à tout moment revenir sur son consentement.

En souscrivant au présent Contrat et en utilisant les services d'AXA, l'Assuré reconnaît qu'AXA peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à l'utilisation des données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité sur le site internet d'AXA (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. L'Assuré dispose d'un droit d'infor-

mation sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité susvisée) et d'un droit de rectification si l'Assuré constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données

AXA ASSISTANCE

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Email : [service.juridique@axa-assistance.com](mailto:service.juridique@axa-assistance.com)

L'intégralité de la politique de confidentialité est disponible sur le site : [axa-assistance.fr](http://axa-assistance.fr) ou sous format papier, sur demande.

---

## ARTICLE 5 - Autorité de contrôle

Inter Partner Assistance (AXA Assistance) est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Bruxelles - Belgique - TVA BE 0203.201.340 - RPM Bruxelles - ([www.bnb.be](http://www.bnb.be)). La succursale française d'IPA est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61, rue Taitbout - 75 009 Paris.

---

## ARTICLE 6 - Définitions

### AXA Assistance

Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé Avenue Louise 166 BP 1 - 1050-BRUXELLES - Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

### Atteinte corporelle

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

Par accident corporel on entend toute Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de votre volonté, le lien de causalité devant être établi entre la cause extérieure et l'atteinte corporelle..

Par maladie on entend toute altération soudaine et imprévisible de votre santé constatée par autorité médicale.

### Accident corporel

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime, le lien de causalité devant être établi entre la cause extérieure et l'atteinte corporelle.

### Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où vous vous trouvez.

### Bénéficiaire / Assuré / Vous

La personne physique ayant adhéré au contrat Santé Insu-

rance When In, résidant habituellement à l'étranger avant de séjourner sur le territoire français pour suivre des études, effectuer un stage d'étude ou une mission d'étude, participer à un séjour linguistique ou passer des vacances.

#### **Délai de carence**

Période du contrat comprise entre la date de souscription et le dernier jour (à 24h00) du délai de carence stipulé, pendant laquelle toute atteinte corporelle survenue au cours de cette période est exclue du champ de la garantie, sauf s'il s'agit d'un accident corporel.

#### **Déplacement/séjour**

Déplacement/séjour effectué dans le cadre de ses études en dehors du pays du domicile.

Le séjour objet des garanties du contrat Santé Insurance When In pourra être de quinze (15) jours au minimum et de douze (12) mois consécutifs au maximum pour les lycéens et étudiants et de quatre-vingt-dix (90) jours maximum pour les autres motifs de séjours.

Séjour temporaire :

Un séjour temporaire est un séjour effectué hors du territoire français, après une durée minimale de quinze (15) jours de présence effective sur le territoire français et après quinze (15) jours suivant la date de prise d'effet du contrat, d'une durée consécutive maximale de quinze (15) jours pour les contrats d'une durée supérieur ou égale à un (1) mois et inférieure à six (6) mois d'assurance, et d'une durée maximale de trente (30) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à six (6) mois d'assurance.

#### **Domicile**

Lieu de votre résidence principale et habituelle. Il est situé dans le monde entier (hors France et hors Espace Schengen) en dehors des pays suivants : Afghanistan, Corée du nord, Djibouti, Éthiopie, Irak, Iran, Mauritanie, Somalie, Soudan, Syrie, Yémen.

#### **Espace Schengen**

Espace de libre circulation des personnes entre les Etats signataires des accords de Schengen (Traité d'Amsterdam, 1999), les territoires d'Outre-mer de la France, et les Etats qui en appliquent les dispositions sans en être signataires (les Principautés d'Andorre et de Monaco).

#### **Étranger**

Tous pays en dehors de votre pays de Domicile.

Frais de séjour :

Frais d'hôtels, petits déjeuners compris, et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations que nous organisons et prenons en charge au titre du présent contrat. Toute solution de logement provisoire que nous n'aurions pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

France :

France métropolitaine.

Hospitalisation :

Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire dans les 5 jours avant son déclenchement.

Maladie :

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

#### **Membres de la famille**

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

Proche :

Personne physique désignée par vous ou un de vos ayants droit.

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

Territorialité :

les garanties d'assistance « iwi-F » sont valables sur l'ensemble des 26 pays signataires de l'accord de Schengen.

En cas de séjour temporaire hors de France (article 9-3-1), les garanties d'assistance sont accessibles dans le monde entier à l'exception des pays suivants : Afghanistan, Corée du nord, Djibouti, Éthiopie, Irak, Iran, Mauritanie, Somalie, Soudan, Syrie, Yémen.

## **ARTICLE 7 - Garanties d'assistance**

### **7.1 Garanties d'assistance aux personnes**

Les garanties d'assistance aux personnes s'appliquent en cas de maladie, accident corporel et décès.

Un délai de carence de 7 jours s'applique en cas de maladie.

#### **7.1.1 Rapatriement médical**

Notre équipe médicale contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à votre état de santé en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si notre équipe médicale recommande votre rapatriement vers une structure médicale ou votre domicile, nous organisons et prenons en charge sa réalisation.

Si vous êtes hospitalisés dans une structure médicale hors du secteur hospitalier de votre domicile, nous organisons et prenons en charge votre transfert à votre 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 notre équipe médicale.

**Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicale.**

#### **7.1.2 Envoi d'un médecin auprès de l'assuré à l'étranger**

Si les circonstances l'exigent, notre équipe médicale peut décider d'envoyer un médecin auprès de vous afin de mieux juger des mesures à prendre en vue de votre rapatriement.

#### **7.1.3 Visite d'un proche**

Si vous êtes hospitalisé plus de 8 jours consécutifs, nous organisons et prenons en charge le transport aller/retour et les frais de séjour sur place d'un membre de votre famille ou d'un de vos proches (2 titres de transport s'il s'agit d'un enfant mineur) afin qu'ils se rendent auprès de vous.

Notre prise en charge s'effectue jusqu'à la date de votre rapatriement **sans pouvoir excéder 5 nuits consécutives et à concurrence de 80 € par nuit et par assuré.**

#### **7.1.4 Retour anticipé**

Si votre présence à votre domicile est requise à la suite :

- du décès ou de l'hospitalisation de plus de 8 jours dans votre pays de domicile (hospitalisation sans franchise si le pronostic vital est engagé ou s'il s'agit d'un enfant mineur) d'un membre de votre famille, ou de leur tuteur ;
- des dommages graves survenus à votre résidence principale, exploitation agricole ou vos locaux professionnels, qui nécessitent votre présence sur place afin d'accomplir les mesures conservatoires nécessaires.

Nous organisons et prenons en charge :

- soit votre trajet retour,
- soit votre trajet aller et retour.

### 7.1.5 Rapatriement en cas de décès

Nous organisons et prenons en charge le rapatriement de votre corps ou de vos cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans votre pays de domicile.

Nous prenons 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 **concurrence de 1 500 €**.

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

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est exclusivement de notre ressort.

## 7.2 Garantie d'assistance juridique à l'étranger

Si vous faites l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue hors de votre pays de domicile et intervenue au cours de la vie privée, c'est-à-dire pour des faits **sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle**, nous nous engageons à mettre en œuvre les prestations ci-après à votre profit :

### 7.2.1 Avance de caution pénale

nous procédons 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 votre libération ou pour vous permettre d'éviter une incarcération, ceci **à concurrence de 15 000 € par assuré**. Cette avance sera remise directement à l'autorité judiciaire locale ou à tout organisme ou personne désignée par elle.

Vous êtes tenus :

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

### 7.2.2 Frais d'avocat

Nous prenons en charge les frais d'avocat **dans la limite de 3 000 € par assuré**.

## 7.3 Services

### 7.3.1 Informations et conseils médicaux

Notre structure médicale peut vous communiquer des informations et conseils médicaux, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Nous donnons tout renseignement d'ordre général :

- Sur un ou plusieurs médicaments :
  - génériques
  - effets secondaires
  - contre-indications
  - interactions avec d'autres médicaments.
- Dans les domaines suivants :
  - vaccinations
  - diététiques
  - hygiène de vie
  - alimentation
  - préparation aux voyages.

L'intervention de notre structure médicale se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique per-

sonnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, nous vous conseillons de consulter votre médecin traitant.

### 7.3.2 Remplacement des lunettes, de verres de contact

En cas de bris, perte ou vol des lunettes, des verres de contact ou des prothèses auditives du bénéficiaire, nous nous mettons en relation avec votre opticien ou votre ophtalmologiste afin d'organiser le remplacement de ces accessoires de vue.

Nous prenons en charge les frais de recherche et d'expédition et nous nous chargeons de l'envoi dans les plus brefs délais, sous réserve de la disponibilité des moyens de transport.

**Le coût des accessoires de vue et les frais de dédouanement restent à votre charge.**

Nous procédons à l'avance des frais des accessoires de vue ainsi que des frais de dédouanement en contrepartie d'une garantie déposée soit par vous, soit par un tiers sous la forme :

- d'un chèque bancaire ou
- d'un débit de la carte bancaire du montant des frais en euros.

En cas dépôt de garantie par débit de carte :

Nous ferons parvenir au titulaire de la carte une autorisation de débit par fax ou par courrier électronique ; dès réception de l'Autorisation de débit complétée et signée par le titulaire de la carte, nous procéderons au débit ; Nous enverrons au titulaire une confirmation indiquant le montant exact du débit.

### 7.3.3 Transmission de messages urgents

Si vous vous trouvez dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et si vous en faites la demande, nous nous chargeons de transmettre tout message aux membres de votre famille ou à vos proches et inversement.

### 7.3.4 Avance de fonds en cas de perte ou vols des effets personnels

En déplacement à l'étranger, en cas de perte ou de vol de vos effets personnels (documents d'identité, moyens de paiement, effets personnels) ou des titres de transport et après déclaration auprès des autorités locales compétentes, nous pouvons procéder à une avance **à concurrence de 1000 € par événement** afin de vous permettre d'effectuer vos achats de première nécessité.

Cette avance peut être effectuée en contrepartie d'une garantie déposée par un tiers domicilié en France sous la forme :

- d'un chèque bancaire ou
- d'un débit de la carte bancaire du montant des frais en euros.

En cas dépôt de garantie par débit de carte :

Nous ferons parvenir au titulaire de la carte une autorisation de débit par fax ou par courrier électronique ; dès réception de l'Autorisation de débit complétée et signée par le titulaire de la carte, nous procéderons au débit ; Nous enverrons au titulaire une confirmation indiquant le montant exact du débit.

Vous vous engagez à nous rembourser la totalité des sommes avancées soit par débit de votre carte bancaire, soit dans un délai de 30 jours calculé à partir de la date de mise à disposition des fonds.

Nous vous fournissons des informations téléphoniques 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sur les points suivants :

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

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra, en aucun cas, être engagée

dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

### **7.3.5 Assistance psychologique en France**

A votre demande, suite à une situation de stress ou d'anxiété liée à votre expatriation ou votre cursus universitaire, nous organisons et prenons en charge une assistance psychologique par téléphone avec un spécialiste, du lundi au vendredi, de 8H00 à 20H00 (heure de Paris), dans la limite de deux entretiens de 30 minutes. Ces entretiens pourront être menés en langue française ou anglaise.

Au-delà de ces deux entretiens, le coût d'une éventuelle prolongation de l'assistance psychologique reste à votre charge. Cette prestation n'est accordée qu'une seule fois par année civile.

---

## **ARTICLE 8 - Exclusions**

### **8.1 Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale**

Sont exclus et ne pourront donner lieu à notre intervention, 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 ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement,
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées 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, compléments 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 votre état de santé.

### **8.2 Outre les éventuelles exclusions spécifiques précitées, sont exclus :**

- Les frais courants tels que repas ou boissons que vous auriez normalement supportés pendant votre séjour ;
  - les frais de transports, d'hébergements initialement prévus pour votre séjour ;
  - le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des prestations d'assistance de ce contrat.
- De plus, ne pourront donner lieu à notre intervention, 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 votre part ;
- 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 vous pratiquez ;
- des dommages que vous avez causés ou subis lorsque vous pratiquez les sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- de votre participation 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 loisirs ;
- 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 ;
- tous les cas de force majeure.

---

## **ARTICLE 9 - Responsabilité**

La mise en œuvre des prestations d'assistance a pour seule finalité d'apporter une aide aux Bénéficiaires lorsqu'ils subissent une difficulté du fait de la survenance d'un Evènement garanti.

L'engagement de l'Assisteur repose sur une obligation de moyens. L'Assisteur s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues ci-dessus.

L'Assisteur ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

Pour autant l'Assisteur ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des prestations causés par un cas de Force majeure rendant impossible l'exécution des engagements contractuels.

---

## ARTICLE 10 - Subrogation dans les droits et actions de l'Assuré

L'Assisteur est subrogé dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention et/ou son indemnisation, à concurrence des frais engagés et/ou des indemnités réglées en exécution du Contrat.

---

## ARTICLE 11 - Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Ce délai ne court :

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

— En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Bénéficiaire contre AXA 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 le Bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visée ci-après :

— toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;

— tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;

— toute reconnaissance par l'Assisteur du droit à garantie du Bénéficiaire, ou toute reconnaissance de dette du Bénéficiaire envers l'Assisteur ;

— tout recours à la médiation ou à la conciliation ;

— lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure ;

La prescription est également interrompue par :

— la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;

— l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assisteur au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ou par le Bénéficiaire à l'Assisteur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au Contrat ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

---

### Informations et souscriptions

---

Sur Internet : [www.iwif.fr](http://www.iwif.fr)

Par téléphone : + 33 (0)1 83 65 00 38 (appel non surtaxé)  
Du lundi au vendredi, de 9h00 à 19h00

Par courrier : MIS Santé:  
MIS Santé- Service IWI-F  
CS 30041  
13417 Marseille cedex 8

---