

# CONDITIONS GÉNÉRALES 2014-2015

---

Réf : Cs 2015

# CRYSTAL STUDIES





Pour toute information relative à votre contrat, nous sommes à votre disposition du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 - Heure de Paris.

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com)

## SOMMAIRE

<b>1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT</b>	<b>P.3</b>
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H	p.3
1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.3
1.3. SERVICE DE TIERS PAYANT AUX ÉTATS-UNIS	p.3
1.4. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD (ÉTATS-UNIS, MEXIQUE)	p.4
1.5. SERVICE DE TIERS PAYANT EN FRANCE	p.4
1.6. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	p.4
1.7. SERVICE DE 1 <sup>ER</sup> AVIS MÉDICAL	p.4
1.8. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE	p.5
1.9. SERVICES EN LIGNE	p.5
1.10. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?	p.5
<b>2. DÉFINITIONS</b>	<b>P.5</b>
<b>3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT</b>	<b>P.7</b>
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?	p.7
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p.7
<b>4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?</b>	<b>P.7</b>
<b>5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT</b>	<b>P.8</b>
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?	p.8
5.2. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT	p.8
5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT	p.8
5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?	p.8
5.5. QUE FAIRE SI VOTRE SÉJOUR EST ANNULÉ OU MODIFIÉ ?	p.9
<b>6. COTISATIONS</b>	<b>P.9</b>
6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?	p.9
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p.9
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DE LA COTISATION ?	p.9
<b>7. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?</b>	<b>P.9</b>
<b>8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?</b>	<b>P.9</b>
8.1. FRAIS DE SANTÉ	p.10
8.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.13
8.3. ASSISTANCE JURIDIQUE	p.16
8.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE	p.18
8.5. INDIVIDUELLE ACCIDENT	p.18
8.6. REPORT DE DÉPART	p.189
8.7. ASSURANCE BAGAGES	p.19
<b>9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT</b>	<b>P.20</b>
<b>10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>P.24</b>
10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p.24
10.2. CADRE LÉGAL	p.24
10.3. PRESCRIPTION	p.24
10.4. SUBROGATION	p.25
10.5. CONTRÔLE	p.25
10.6. CONCILIATION-RÉCLAMATION	p.25
10.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p.25

### Remarque :

An English version of these General conditions & Booklet is available on [www.april-international.com](http://www.april-international.com). Please note that the original version of this document is in French. In the event of a dispute, French version shall prevail over any translation into other languages.

Una versión española de las Condiciones generales está disponible en [www.april-international.com](http://www.april-international.com). Le informamos que la versión original del documento está en francés. En caso de conflicto, únicamente la versión francesa será tomada en cuenta.

Eine deutschsprachige Version dieser Allgemeinen Bedingungen steht online unter [www.april-international.com](http://www.april-international.com) zur Verfügung. Dieses Dokument wurde in französischer Sprache verfasst. Bei Streitigkeiten ist die französische Version vor allen anderen Sprachen maßgebend.

Una versione in italiano delle presenti Condizioni Generali è disponibile in [www.april-international.com](http://www.april-international.com). Si precisa che la versione originale del documento è in lingua francese. In caso di controversia, farà fede soltanto la versione in lingua francese.

## 1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

### 1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H :

Ce service vous permet de ne pas avoir à régler *Vous-même* vos frais d'*Hospitalisation*. En effet, sur simple demande, *Nous* contactons l'établissement dans lequel *Vous* êtes admis et nous chargeons ensuite de régler la facture d'*Hospitalisation* correspondant à votre séjour.

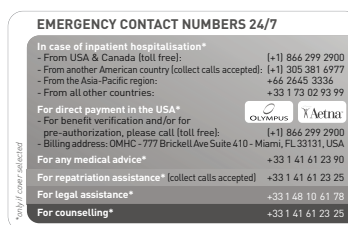
*Nous* vous informons qu'il est impératif de nous contacter préalablement à toute *Hospitalisation*. En cas de non respect de cette formalité, une *Franchise* de 20% sera appliquée à votre remboursement.

Pour s'assurer que votre séjour donne droit à remboursement, *Nous* vous demandons de bien vouloir faire compléter par votre praticien un formulaire appelé "*Attestation médicale confidentielle*" détaillant le motif de votre *Hospitalisation*, à transmettre à notre Médecin Conseil. Pour plus de précisions, reportez-vous au paragraphe 8.1.2.

#### Pour bénéficier du Règlement direct de vos frais d'hospitalisation de plus de 24h, veuillez :

- à partir des USA et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des pays d'Amérique Latine, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0)2 645 3336,
- à partir des pays du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Europe, composer le +33 (0)1 73 02 93 99.

Ces numéros sont également présents sur votre carte d'assuré, remise lors de votre adhésion :



### 1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

#### Pour bénéficier des garanties d'assistance :

Il est impératif d'avoir l'accord préalable d'APRIL International Assistance (voir paragraphe 8.2). Pour cela, veuillez contacter APRIL International Assistance :

- par téléphone en France en PCV au +33 (0)1 41 61 23 25,
- par fax au +33 (0)1 44 51 51 15.

### 1.3. SERVICE DE TIERS PAYANT AUX ÉTATS-UNIS :

#### 1.3.1. SERVICE DE TIERS PAYANT AU SEIN DU RÉSEAU AETNA

*Vous* bénéficiez d'une prise en charge directe de vos dépenses de santé lorsque les soins correspondants sont pratiqués et facturés aux États-Unis. La prise en charge est faite dans la limite de couverture des garanties offertes par le présent contrat.

Ce service est disponible pour :

- vos consultations de généralistes et de spécialistes,
  - vos analyses,
  - vos radiographies,
  - vos examens et soins médicaux,
- auprès des professionnels de santé appartenant au réseau AETNA.

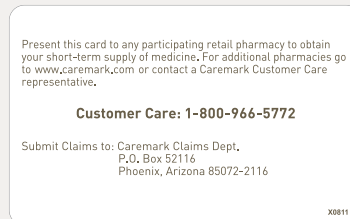
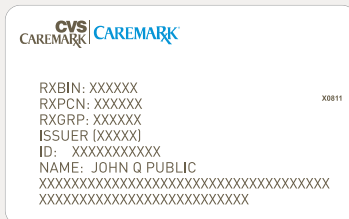
#### Pour plus d'informations concernant ce service et notamment connaître les professionnels de santé partenaires proches de *Vous*, *Vous* pouvez :

- nous contacter au (+1) 866 299 2900,
- vous rendre sur le site [www.omhc.com/april](http://www.omhc.com/april).

Si vos soins ne sont pas entièrement pris en charge par votre contrat ou si ceux-ci ne donnent pas lieu à remboursement au titre de votre contrat, la facture correspondant à votre reste à charge vous est directement adressée par le professionnel de santé. Vos coordonnées bancaires peuvent vous être demandées en garantie.

### 1.3.2. SERVICE DE TIERS PAYANT PHARMACEUTIQUE

**Pour bénéficier de ce service aux États-Unis, il est impératif de présenter votre carte dans l'une des pharmacies du réseau Caremark.**



Si Vous avez sélectionné les États-Unis comme *Pays de destination*, Vous recevrez par courrier, après votre adhésion, votre carte de tiers-payant pharmaceutique.

En présentant votre carte de tiers payant pharmaceutique dans l'une des pharmacies du réseau Caremark aux États-Unis, Vous pourrez bénéficier de la prise en charge directe de vos dépenses couvertes par votre contrat. Vous n'aurez pas d'avance de frais à faire : Nous réglerons directement la pharmacie.

La liste des pharmacies partenaires est disponible sur le site internet [www.caremark.com](http://www.caremark.com).

Le service n'est pas proposé aux *Assurés* ayant été acceptés à des conditions particulières (avec une exclusion médicale par exemple).

### 1.4. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD (ÉTATS-UNIS, MEXIQUE) :

**Pour bénéficier du service de consultation à domicile, veuillez :**

- aux États-Unis, composer le +(1) 800 649 7119,
- au Mexique, composer le +(1) 800 212 9527.

Ce service est disponible dans les villes suivantes (au 01/09/2014) :

**Aux États-Unis :** Anaheim, Atlanta, Baltimore, Beverly Hills, Bonita Springs, Boston, Breckenridge, Burbank, Chicago, Copper Mountain, Dallas, Fort Myers, Ft. Lauderdale, Hollywood, Houston, Keystone, Las Vegas, Los Angeles, Manhattan, Miami, Naples, Orlando, Philadelphia, Phoenix, San Diego, San Francisco, Scottsdale, Vail, Washington DC,

**Au Mexique :** Acapulco, Cabo San Lucas, Cancun, Mazatlan, Puebla, Mexico D.F. (dans certaines zones), Puerto Vallarta-Nuevo Vallarta et Tijuana.

En cas d'urgence, le soir ou le week-end, lorsque votre médecin n'est pas disponible, Nous vous proposons un service de consultation à domicile. Pour éviter d'attendre de longues heures aux urgences, Vous serez mis en relation avec un médecin qui effectuera un premier diagnostic par téléphone avant de vous orienter vers la solution la mieux adaptée (consultation à domicile, déplacement aux urgences...). Grâce à ce service, Vous n'avez pas à régler les frais de consultation à domicile prévus dans votre contrat. La facture nous est directement adressée pour paiement.

### 1.5. SERVICE DE TIERS PAYANT EN FRANCE :

**Ce service est réservé aux Assurés séjournant en France pour 6 mois et plus, ayant opté pour une couverture au 1<sup>er</sup> euro.**

Une carte dite de « tiers payant » vous est remise lors de votre adhésion. Cette carte permet une prise en charge directe de vos dépenses de santé lorsque les soins correspondants sont pratiqués et facturés en France. La prise en charge est faite dans la limite de couverture des garanties offertes par le présent contrat.

La carte de tiers payant peut être utilisée pour :

- vos consultations de généralistes,
- vos analyses,
- vos radiographies,
- vos dépenses de pharmacie.

Le service n'est pas proposé aux *Assurés* ayant été acceptés à des conditions particulières (avec une exclusion médicale par exemple).



### 1.6. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :

Une équipe de psychologues cliniciens est à votre disposition 24h/24 et 7j/7 pour vous permettre d'exprimer les tensions accumulées afin de retrouver un meilleur équilibre.

**Pour bénéficier du service de soutien psychologique, veuillez composer le +33 (0)1 41 61 23 25.**

### 1.7. SERVICE DE 1<sup>ER</sup> AVIS MÉDICAL :

Une équipe de médecins est à votre disposition 24h/24 et 7j/7 pour répondre à toutes vos questions d'ordre médical (explication d'un diagnostic, renseignement sur les équivalences des médicaments à l'étranger...).

**Pour bénéficier du service de 1<sup>er</sup> avis médical, veuillez composer le +33 (0)1 41 61 23 90.**

## 1.8. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE :

Pour bénéficier du service d'assistance juridique (voir paragraphe 8.3), veuillez nous contacter :

- par téléphone : + 33 (0)9 69 32 96 87,
- par e-mail : expat@soluciapj.fr.

## 1.9. SERVICES EN LIGNE :

Depuis le site [www.april-international.com](http://www.april-international.com), Vous avez accès à votre Espace Client, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe, envoyés par e-mail suite à votre adhésion.

Si Vous êtes Assuré, Vous pouvez consulter :

- vos décomptes de remboursement, vos garanties ainsi que les présentes Conditions générales,
- vos coordonnées personnelles et bancaires.

Vous pouvez télécharger les formulaires à compléter pour vos remboursements (voir paragraphe 8.1) :

- Formulaire d'Attestation médicale confidentielle (à faire compléter par votre médecin avant toute Hospitalisation),
- Formulaire de Demande d'entente préalable (à faire compléter par votre médecin en cas de prescription d'actes en série d'infirmiers et de kinésithérapeutes),
- Formulaire de Demande de remboursement (à joindre à vos factures et prescriptions médicales).

Si Vous êtes Adhérent, Vous pouvez :

- consulter vos coordonnées personnelles et les coordonnées de votre assureur-conseil,
- consulter vos Cotisations et votre mode de règlement,
- payer en ligne vos échéances par carte bancaire.

## 1.10. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?

Pour envoyer une demande de remboursement :

Complétez le formulaire de Demande de remboursement en y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales (voir paragraphe 8.1.4) et adressez ces éléments à :

**APRIL International Expat**

Service Remboursements - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Nous nous réservons la possibilité de demander tout autre justificatif qui nous paraîtrait nécessaire afin de s'assurer que vos soins sont couverts au titre du présent contrat.

Pour envoyer une Demande d'entente préalable ou une Attestation médicale confidentielle :

Certains actes médicaux sont soumis à l'Accord préalable de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à nous faire parvenir un devis détaillé et un formulaire appelé « Demande d'entente préalable » complété par le praticien prescrivant ces actes, à l'adresse indiquée ci-dessus ou par e-mail à [remboursement.expat@april-international.com](mailto:remboursement.expat@april-international.com) (voir paragraphe 8.1.3). En cas d'Hospitalisation, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « Attestation médicale confidentielle » (voir paragraphe 8.1.2).

## 2. DÉFINITIONS

Chaque terme mentionné ci-dessous a, lorsqu'il est rédigé en italique et employé avec une majuscule, la signification suivante :

**A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article L.1315 du Code Civil français, il vous appartient d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

**ACCIDENT CARACTÉRISÉ** : Accident constaté par une autorité compétente présente sur le lieu de l'évènement (forces de police, pompiers, ambulanciers-urgentistes) ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'Accident.

**ACCORD PRÉALABLE** : certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes un formulaire appelé « Demande d'entente préalable ». En cas d'Hospitalisation, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « Attestation médicale confidentielle ».

**ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL International et qui paie les Cotisations.

**ANNÉE D'ASSURANCE** : période de 12 mois consécutifs débutant à compter de la Date d'effet du contrat.

**ASSURÉ, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.

**ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE** : questionnaire médical à nous retourner impérativement complété par votre praticien avant toute Hospitalisation (ou le plus rapidement possible en cas d'Accident ou d'urgence) afin d'obtenir notre Accord préalable. Une Franchise de 20% sera retenue sur votre remboursement si cette formalité n'est pas respectée.

- AUTORITÉ MÉDICALE** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où *Vous* vous trouvez.
- B BAGAGES** : les sacs de voyage, les valises, les effets ou objets personnels de l'*Assuré* qu'ils contiennent, ainsi que tout autre objet enregistré auprès d'un transporteur.
- BÉNÉFICIAIRE** : personne qui reçoit l'*Indemnité* ou le capital versé par l'organisme assureur.
- C CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document valant attestation d'assurance que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Crystal Studies et mentionnant l'*Assuré*, la *Date d'effet*, la formule et l'option sélectionnées. Le *Certificat d'adhésion* correspond aux conditions particulières du contrat.
- CONSOLIDATION** : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un *Accident* ou souffrant d'une *Maladie*.
- COTISATION** : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- COÛTS RAISONNABLES ET HABITUELS** : les coûts des frais de santé sont considérés comme étant raisonnables et habituels lorsqu'ils n'excèdent pas les tarifs habituellement pratiqués pour une prestation ou un traitement identique dans la localité où ils sont engagés. Nos bases de données constamment enrichies de tarifs de référence depuis plus de 20 ans sont mises à jour chaque année.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au *Certificat d'adhésion*.
- DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE** : formulaire à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre *Accord préalable* avant d'engager certains actes ou traitements.
- DOMMAGES CORPORELS** : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.
- DOMMAGES IMMATÉRIELS** : tous dommages autres que corporels et matériels et qui sont la conséquence directe et immédiate de *Dommages corporels* ou *matériels* assurés.
- DOMMAGES MATÉRIELS** : dommages portant atteinte à la structure ou à la substance de la chose et résultant d'un événement garanti.
- E ÉQUIPE MÉDICALE** : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'APRIL International Assistance.
- ÉTRANGER** : tout pays garanti par le présent contrat, en dehors de votre *Pays de nationalité*.
- ÉTUDIANT ASSIMILÉ** : apprenti, jeune au pair, étudiant rémunéré dans le cadre de ses études. Dans tous les cas, la rémunération perçue par l'étudiant ne peut dépasser l'équivalent de 1 300 € par mois.
- EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- F FORCE MAJEURE** : tout événement imprévisible, irrésistible et extérieur à votre volonté, déclaré par les autorités publiques de l'état dans lequel *Vous* séjournez.
- FORFAIT JOURNALIER** : part du prix de journée d'*Hospitalisation* en France non prise en charge par la Sécurité sociale française.
- FRAIS RÉELS** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- FRANCHISE** : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.
- H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutivement à un *Accident* ou une *Maladie* et durant lequel un lit vous est attribué.
- I INDEMNITÉ** : somme versée pour réparer le préjudice que *Vous* avez subi.
- INDIVIDUELLE ACCIDENT** : garantie prévoyant le paiement d'un capital si *Vous* décédez ou devenez invalide suite à un *Accident*.
- INVALIDITÉ (TOTALE OU PARTIELLE)** : invalidité consécutive à un *Accident* entraînant votre impossibilité physique totale ou partielle, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, de poursuivre normalement le cursus de formation pour lequel *Vous* êtes inscrit, ou votre séjour au pair.
- L LITIGE, CONFLIT OU DIFFÉREND** : désaccord ou contestation d'un droit dont le caractère préjudiciable ou répréhensible peut motiver une réclamation ou des poursuites vous opposant à un *Tiers identifié*.
- M MALADIE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.
- MEMBRE DE LA FAMILLE** : père, mère, sœur, frère, enfant ou tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.
- N NOUS** : APRIL International Expat.
- O OBJETS DE VALEUR** : les objets d'art et de collection, l'argenterie, les montres portées, les bijoux, les pierreries et perles fines, les tableaux de valeur, les fourrures, les caméras et autres appareils de reproduction d'images et leurs accessoires, les jumelles, les téléphones et ordinateurs portables et autres matériels HI-FI et informatiques.
- P PAYS DE DESTINATION** : le pays de résidence principal où *Vous* séjournez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.
- PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé "nationalité".
- PROCHE** : toute personne physique désignée par *Vous* ou un de vos ayants-droit et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.
- R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : si *Vous* êtes hospitalisé plus de 24 heures, *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge directe de vos frais d'*Hospitalisation*, sans avance de frais, sous réserve de l'étude de votre *Attestation médicale confidentielle*. *Vous* pouvez déclencher ce service en utilisant les numéros d'urgence mentionnés au paragraphe 1.1 ou en présentant votre carte d'assuré à l'établissement hospitalier. Ce service n'est pas disponible dans le cadre d'une couverture en complément de la CEAM.
- RÉSILIATION** : cessation définitive et anticipée du contrat.
- RESPONSABILITÉ CIVILE** : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.
- S SINISTRE** : événement, *Maladie* ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.
- SOINS DENTAIRES D'URGENCE** : prise en charge des soins dentaires d'urgence (pansement, obturation, dévitalisation, extraction...)

lorsqu'ils font suite à un *Accident* ou à une *Maladie* inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le retour dans le *Pays de nationalité*.

**T TIERS IDENTIFIÉ OU ADVERSAIRE** : personne physique ou morale, dont *Vous* connaissez l'identité et l'adresse, responsable de vos dommages ou contestant l'un de vos droits.

### 3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

#### 3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit, en fonction de la formule sélectionnée, les prestations suivantes :

**Pour la formule « Mini » :**

- remboursement de frais de santé,
- assistance rapatriement.

**Pour la formule « Complète » :**

- remboursement de frais de santé,
- assistance rapatriement,
- soutien psychologique,
- assistance juridique,
- *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative,
- capital décès ou *Invalidité* permanente totale ou partielle par *Accident*,
- perte, vol ou destruction des bagages,
- report de départ.

#### 3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

**En cas de choix d'une couverture au 1<sup>er</sup> euro**, les garanties sont acquises dans le monde entier, hors de votre *Pays de nationalité*. Les garanties sont acquises dans votre *Pays de nationalité* pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre deux séjours dans votre *Pays de destination*.

**En cas de choix d'une couverture en complément de la CEAM**, les garanties sont acquises pour toute la durée du séjour principal à l'*Étranger* dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne (y compris les Iles Baléares et les Canaries), Estonie, Finlande, France (y compris Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion), Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal (y compris les archipels de Madère et des Açores), République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Gibraltar), Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse. Les garanties sont acquises dans votre *Pays de nationalité* pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre deux séjours dans votre *Pays de destination*, uniquement si votre *Pays de nationalité* fait partie des pays cités ci-dessus.

**En fonction d'évènements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est exclue.** La liste complète des pays exclus est disponible sur le site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com). Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

### 4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

**Pour être admissible à l'assurance, Vous devez :**

- être âgé de moins de 41 ans à la *Date d'effet* du contrat ;
- être étudiant ou *Étudiant assimilé* ou scolaire, en dehors de votre *Pays de nationalité* à l'occasion de voyages, études, séjours linguistiques ou au pair et stages professionnels ;
- avoir complété et signé la Demande d'adhésion ;
- avoir produit une **photocopie de votre carte étudiante** ou un **certificat de scolarité** en cours de validité (une copie de votre contrat de placement avec la famille-hôte en cas de séjour au pair) ;
- avoir signé le Profil de santé au maximum six mois avant la *Date d'effet* souhaitée ;
- n'être atteint d'aucune incapacité ou *Invalidité*, d'aucune *Maladie* en cours de traitement, sujette à rechute ou à caractère évolutif ;
- ne pas avoir subi de traitement médical récent soumis à rechute et ne pas prévoir de traitement dans votre *Pays de destination*.

**En cas de choix de couverture en complément de la CEAM, Vous devez également :**

- bénéficier du régime obligatoire de Sécurité sociale d'un pays de l'Union Européenne,
- vous procurer avant votre départ la Carte Européenne d'Assurance Maladie, que *Vous* présenterez au professionnel de santé de votre *Pays de destination*.

*Nous* ne remboursons dans ce cas qu'en complément, sur justificatifs des prestations du régime obligatoire.

L'adhésion repose sur vos déclarations et celles de l'*Adhérent* et la bonne foi des parties.

L'adhésion est subordonnée à notre acceptation médicale, *Nous* nous réservons le droit de demander des formalités médicales complémentaires.

Si *Vous* présentez un risque aggravé (professionnel ou médical), *Nous* pouvons être amenés soit à vous accepter mais à des conditions particulières, soit à vous refuser.

## 5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT

### 5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

À la date indiquée sur le *Certificat d'adhésion* et au plus tôt le lendemain de la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Questionnaire de santé complétés et signés, ainsi que la photocopie de la carte étudiante ou du certificat de scolarité en cours de validité ou une copie du contrat de placement avec la famille-hôte en cas de séjour au pair), sous condition suspensive du paiement de la *Cotisation due*.

**Toutes dépenses engagées au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la Date d'effet du contrat sont définitivement exclues des garanties et n'ouvrent droit à aucune prestation.**

### 5.2. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT :

Les garanties sont acquises pour une période d'un mois minimum et de douze mois maximum.

L'adhésion au présent contrat est effective pour la période portée sur votre *Certificat d'adhésion*.

Le contrat est renouvelable sur demande à la condition que *Vous* poursuiviez vos études (ou votre séjour au pair) à l'*Étranger* et que *Vous* ayez moins de 41 ans. *Vous* pouvez renouveler votre contrat trois fois maximum, sur demande et sous réserve de l'accord de l'organisme assureur.

Le changement de formule n'est possible qu'à la date de renouvellement du contrat.

La demande de renouvellement doit nous parvenir avant la date de fin du contrat portée sur votre *Certificat d'adhésion*.

### 5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de non-paiement des *Cotisations* (voir paragraphe 6.3) ;
- b) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou par l'Association des Assurés d'APRIL International à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;
- c) dès que *Vous* cessez de répondre aux conditions d'adhésion telles que définies au paragraphe 4 ;
- d) le jour du retour définitif vers votre *Pays de nationalité* ;
- e) le dernier jour porté sur votre *Certificat d'adhésion*.

En cas de survenance d'un événement de *Force majeure*, les garanties du contrat sont maintenues pour 5 jours maximum à partir de la date de fin de couverture inscrite sur votre *Certificat d'adhésion*.

### Sanctions en cas de fausse déclaration

**Qu'il s'agisse des déclarations à faire à l'adhésion ou de celles qui doivent être faites en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte dans la déclaration du risque, entraîne l'application, suivant les cas, des dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français.**

**En outre, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du *Sinistre*, omission de déclaration des autres assurances cumulatives, emploi comme justificatifs de documents inexacts ou utilisation de moyens frauduleux expose l'Assuré et l'Adhérent à une déchéance de garanties et à la *Résiliation* du contrat.**

**Nous nous réservons la possibilité d'engager toute action en justice afin de réparer le préjudice qui nous a été causé.**

**Il vous sera demandé de rembourser l'ensemble des prestations qui vous ont été indûment réglées au titre du présent contrat.**

### 5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

La signature de la Demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'*Adhérent*.

#### **Si l'Adhérent a adhéré suite à un démarchage à domicile :**

Les dispositions suivantes issues de l'article L.112-9-I du Code des assurances français s'appliquent : « *Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation* ».

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et *Nous* remboursons à l'*Adhérent* les *Cotisations* déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

#### **Si l'Adhérent a adhéré à distance :**

L'*Adhérent* a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter de la réception du *Certificat d'adhésion*.

La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. *Nous* sommes tenus de rembourser à l'*Adhérent* au plus tard dans les 30 jours toutes les sommes perçues en application du contrat. Toutefois, l'intégralité de la *Cotisation* reste due si l'*Adhérent* renonce au contrat alors qu'un *Sinistre* s'est produit pendant le délai de renonciation.

#### **Dans tous les cas, pour exercer ce droit à renonciation :**

L'*Adhérent* doit nous adresser une lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL International Expat - Service Suivi Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

L'*Adhérent* peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse)  
déclare renoncer à mon adhésion au contrat "Crystal Studies" n°.....  
Fait à ..... le ..... Signature .....



## 5.5. QUE FAIRE SI VOTRE SÉJOUR EST ANNULÉ OU MODIFIÉ ?

En cas d'annulation de votre séjour, la *Cotisation* sera remboursée à l'*Adhérent*, à l'exception des droits d'adhésion, sous réserve que *Nous* en soyons prévenus par écrit avant la *Date d'effet* du contrat et que nous soient retournés les originaux du *Certificat d'adhésion* et éventuellement de la carte d'assuré.

*Vous* devez joindre à votre demande la preuve de l'annulation de votre séjour.

En cas de retour anticipé et définitif dans votre *Pays de nationalité*, *Vous* devez nous faire parvenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, un justificatif attestant votre retour définitif (quittance d'électricité, de gaz ou télécom, ...). En cas de paiement intégral de la *Cotisation*, *Nous* vous rembourserons au prorata la *Cotisation* trop perçue. En cas de paiement mensuel de la *Cotisation*, *Nous* procéderons à la modification de la date de fin de votre contrat et interrompons les prélèvements.

## 6. COTISATIONS

### 6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?

La *Cotisation* est déterminée par la formule et le type de couverture sélectionnés, la tranche d'âge et la durée de couverture choisie, ainsi que par le mode de paiement retenu.

L'âge pris en compte pour le calcul des *Cotisations* est celui que *Vous* avez à la *Date d'effet* du contrat.

La *Cotisation* peut évoluer au 1<sup>er</sup> octobre de chaque année en fonction des résultats techniques du contrat. Elle ne dépend pas de votre état de santé, ni de vos dépenses médicales.

Les taxes actuelles à la charge de l'*Adhérent* sont comprises dans la *Cotisation*. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la *Cotisation*.

### 6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

La *Cotisation* est payable d'avance en euros, selon le mode de paiement choisi par l'*Adhérent* figurant sur sa Demande d'adhésion :

- en intégralité au moment de l'adhésion, par chèque ou carte de paiement,
- mensuellement, par prélèvement SEPA sur un compte en France, à Monaco ou en Allemagne.

En cas d'impossibilité absolue de règlement en euros, l'*Adhérent* pourra effectuer un virement sur notre compte bancaire dont les coordonnées lui seront communiquées sur demande, moyennant des frais bancaires à sa charge.

### 6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DE LA COTISATION ?

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 10 jours de son échéance, *Nous* adresserons à l'*Adhérent* une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, *Nous* résilierons de plein droit le contrat. En outre, *Nous* pourrions réclamer en justice le paiement des *Cotisations* restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la *Cotisation* deviendra exigible immédiatement pour la durée totale de couverture, conformément au Code des assurances français.

*Nous* vous informons que le non-paiement et la *Résiliation* du contrat pour non règlement n'effacent pas la dette. *Nous* mettrons tout en œuvre pour obtenir le règlement des *Cotisations* dues et pourrions faire appel à une société spécialisée dans le recouvrement des impayés à l'international. Les majorations pour frais de gestion liées à nos actions ou celles de nos prestataires seront à la charge de l'*Adhérent*.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant *Résiliation*, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

Les dépenses engagées pendant la période de suspension des garanties ne pourront donner lieu à aucun remboursement au titre du présent contrat, même après règlement de la *Cotisation*.

**En cas de paiement mensualisé, la *Cotisation* reste due pour la totalité de la période de couverture portée sur le *Certificat d'adhésion*.**

## 7. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?

L'*Assuré* et l'*Adhérent* doivent nous informer par écrit de tout changement de statut, de situation, de domicile (**par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets**) ainsi qu'en cas de changement d'activité.

## 8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

### Assurances cumulatives :

**Les remboursements de l'organisme assureur et de tout autre organisme public ou privé ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.**

**Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, *Vous* pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.**

**SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DU CONTRAT.**

**La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'organisme assureur pour chaque poste ou acte garanti.**

Deux formules vous sont proposées :

- **la formule "Complète"** comprenant les garanties suivantes : frais de santé, assistance rapatriement, soutien psychologique, assistance juridique, *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative, *Individuelle accident*, assurance bagages et report de départ,
- **la formule "Mini"** comprenant uniquement les garanties frais de santé et assistance rapatriement.

Vous bénéficiez des garanties ci-après lorsqu'elles sont mentionnées sur votre *Certificat d'adhésion*.

### 8.1. FRAIS DE SANTÉ :

**Les frais de santé sont pris en charge dans la limite des *Frais réels* et des *Coûts raisonnables et habituels* compte tenu du pays dans lequel ils sont pratiqués.**

#### 8.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Deux options vous sont proposées :

- la couverture des frais de santé dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé,
- la couverture des frais de santé en complément de la CEAM.

Est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé médicalement justifiées pour des actes mentionnés au tableau des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Les frais sont remboursés poste par poste selon l'option sélectionnée, dans la limite des *Frais réels* et conformément au tableau des garanties.

Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de survenance du *Sinistre*.

Dans le cas d'une couverture en complément de la CEAM, ne seront remboursés que les frais qui auront été préalablement pris en charge par votre régime de base.

#### Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné à **200 000 € par Année d'assurance et par Assuré**, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par tout organisme public ou privé dans votre *Pays de nationalité* et à l'*Étranger*.

## FRAIS DE SANTÉ > Jusqu'à 200 000 € par Année d'assurance

HOSPITALISATION*	NIVEAUX
<i>Hospitalisation</i> médicale ou chirurgicale* : Transport en ambulance (si <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International) Frais de séjour (y compris <i>Forfait journalier</i> en France) Honoraires médicaux et chirurgicaux Examens, analyses, médicaments Actes médicaux	100% des <i>Frais réels</i>
<i>Hospitalisation</i> pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux*	80% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 20 jours par an
Règlement direct des frais lors d'une <i>hospitalisation</i> de plus de 24h	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 (sauf en cas de choix d'une couverture en complément de la CEAM)
Chambre privée	jusqu'à 50 € par jour

\* Toute *Hospitalisation* est soumise à *Accord préalable*. Une *Franchise* de 20% sera retenue en cas de non respect de cette formalité préalablement à une *Hospitalisation* (se reporter aux paragraphes 8.1.2 et 8.1.3).

SOINS COURANTS*	NIVEAUX
Consultations et actes auprès de médecins généralistes ou spécialistes	100% des <i>Frais réels</i> (limités à 130 € par an pour les consultations d'ophtalmologie et limités à 80% des <i>Frais réels</i> et 5 séances par an pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux)
Analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie	100% des <i>Frais réels</i>
Actes d'infirmiers et de kinésithérapeutes** (suite à <b>Accident caractérisé</b> )	100% des <i>Frais réels</i>
Soins dentaires d'urgence	jusqu'à 400 € par an
Prothèses dentaires (suite à <b>Accident caractérisé</b> )	jusqu'à 600 € par an
Autres prothèses (suite à <b>Accident caractérisé</b> ) Optique : verres et monture ou lentilles (suite à <b>Accident caractérisé</b> )	jusqu'à 500 € par an
Forfait prévention : préservatifs	jusqu'à 20 € par an

\*\* Actes soumis à *Accord préalable* en cas de prescription de plus de 10 séances par *Année d'assurance* (se reporter au paragraphe 8.1.3).

### 8.1.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H ?

#### **Accord préalable**

#### **Toute Hospitalisation est soumise à Accord préalable.**

Pour obtenir cet *Accord préalable*, Vous devez faire compléter par votre praticien un formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* » 5 jours au plus tard avant votre admission à l'hôpital.

En cas d'*Hospitalisation* d'urgence, veuillez nous contacter dès que possible afin que vous soit transmis ce formulaire.

Le formulaire *Attestation médicale confidentielle* est disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 99 ou par e-mail à [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com).

Ce formulaire, détaillant le motif de votre *Hospitalisation*, les dates et nature de l'affection et la date d'apparition des premiers symptômes ou les circonstances de l'*Accident* (avec, dans ce cas, un rapport d'*Accident* à l'appui) doit être **adressé à notre Médecin Conseil**, accompagné de toute autre pièce médicale utile à l'étude de votre dossier :

- par fax : + 33 (0)1 73 02 93 60,
- par e-mail : [hospitalisation.expats@april-international.com](mailto:hospitalisation.expats@april-international.com),
- par courrier : APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

Si cette formalité d'*Accord préalable* n'est pas respectée, une *Franchise* de 20% sera retenue sur le remboursement de votre facture (sauf en cas d'*Accident* ou d'urgence).

#### **Pour obtenir un Règlement direct de vos frais d'hospitalisation (sauf pour les Assurés bénéficiaires d'une couverture en complément de la CEAM) :**

Nous pouvons effectuer un *Règlement direct de vos frais d'hospitalisation* de plus de 24 heures auprès de l'établissement hospitalier dans lequel Vous séjournez. Nous nous mettrons ainsi directement en contact avec l'hôpital.

#### **Pour demander un Règlement direct de vos frais d'hospitalisation ou tout renseignement complémentaire préalablement à votre Hospitalisation, veuillez utiliser les numéros d'urgence suivants (également présents sur votre carte d'assuré) :**

- à partir des USA et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des pays d'Amérique Latine, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0)2 645 3336,
- à partir des pays du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Europe, composer le +33 (0)1 73 02 93 99.

Dans tous les cas, Nous vous demanderons de nous transmettre les factures et comptes-rendus hospitaliers correspondant à votre séjour.

Si Vous n'avez pas bénéficié du *Règlement direct de vos frais d'hospitalisation*, reportez-vous au paragraphe 8.1.4. pour savoir comment obtenir le remboursement de la facture que Vous avez réglée.

### 8.1.3. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE AVANT D'ENTAMER CERTAINS SOINS OU TRAITEMENTS ?

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil. Avant le début des soins, *Vous* aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes le formulaire *Demande d'entente préalable* accompagné d'un devis détaillé.

Le formulaire *Demande d'entente préalable* est disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com).

Sont soumis à *Accord préalable* les *Hospitalisations* et les actes d'infirmiers et de kinésithérapeutes suite à *Accident caractérisé* en cas de prescription de plus de 10 séances par *Année d'assurance*.

**Votre Demande d'entente préalable doit nous être transmise à l'adresse suivante :**

**APRIL International Expat**

Service Remboursements

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

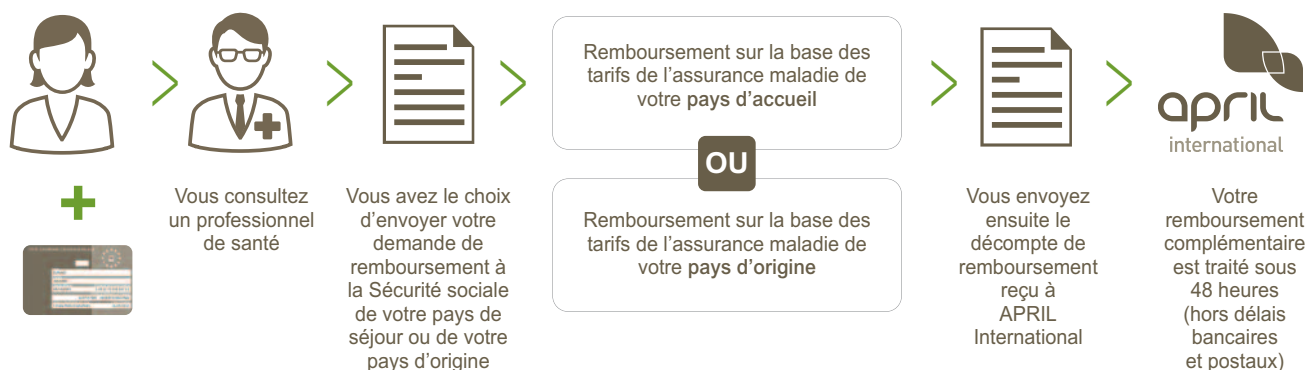
E-mail : [remboursement.expat@april-international.com](mailto:remboursement.expat@april-international.com)

### 8.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

#### a) Vous êtes bénéficiaire d'une couverture au 1<sup>er</sup> euro :



#### b) Vous êtes bénéficiaire d'une couverture en complément de la CEAM :



#### Pour obtenir un remboursement :

Veuillez compléter le **formulaire de Demande de remboursement** disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com) et nous le retourner dans les 3 mois qui suivent la date des soins, accompagné des pièces suivantes :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais acquittés, des prescriptions médicales et ordonnances datées et mentionnant vos nom, prénoms et date de naissance, le genre de *Maladie*, la nature, la date des visites et soins donnés, accompagnés des preuves de paiement. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et indiquer la monnaie locale ;
- si *Vous* êtes assuré en complément de la CEAM, veuillez également joindre à votre demande les décomptes de remboursement déjà effectués par la Caisse de Sécurité sociale de votre pays d'accueil ou de votre pays d'origine ;
- pour le remboursement d'actes d'infirmiers et de kinésithérapeutes, de frais de prothèses (dentaires ou autres) et d'optique, *Vous* devez également joindre à votre demande la preuve que les soins sont consécutifs à un *Accident caractérisé* tel que défini au paragraphe 2 ;
- pour le remboursement de vos *Soins dentaires d'urgence*, *Vous* devez également joindre à votre demande un certificat médical émanant de votre dentiste et attestant le fait que les soins dont *Vous* avez bénéficié relèvent d'un cas d'urgence dentaire, tel que défini au paragraphe 2 ;
- si les soins nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire *Demande d'entente préalable* accepté par nos services médicaux ;
- en cas d'*Hospitalisation*, *Vous* devez également joindre à votre demande le compte-rendu hospitalier ainsi que le formulaire d'*Attestation médicale confidentielle* complété par votre médecin. Veuillez également vous assurer que votre facture détaille le coût de la chambre privée ou semi-privée.

Nous nous réservons la possibilité de demander tout autre justificatif qui nous paraîtrait nécessaire afin de s'assurer que vos soins sont couverts au titre du présent contrat.

Veuillez nous transmettre vos demandes de remboursement à l'adresse suivante :

**APRIL International Expat**

Service Remboursements - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

En cas de désaccord sur le montant du règlement, veuillez nous en avertir dans les 3 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

**Vous pouvez être remboursé :**

- par chèque en euro,
- par virement sur un compte en France (veuillez nous adresser un RIB),
- par virement sur un compte aux États-Unis (veuillez nous adresser un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque, numéro routing - ABA),
- par virement sur un compte dans un autre pays (veuillez nous adresser un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT et domiciliation de la banque).

Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais éventuels peuvent être facturés par votre banque. Ils seront déduits du montant de vos remboursements :

- pour un virement sur un compte bancaire en France : aucun frais bancaire n'est retenu ;
- pour un virement dans un compte bancaire domicilié en Europe (hors France) : les frais sont partagés (entre *Vous* et *Nous*), quel que soit le montant du virement ;
- pour un virement effectué dans le reste du monde (hors Europe) :
  - pour un virement inférieur à 75 €, les frais bancaires sont partagés (entre *Vous* et *Nous*),
  - pour un virement supérieur à 75 €, l'intégralité des frais est à votre charge.

**Tout remboursement est subordonné à l'observation des prescriptions prévues au paragraphe 8.1.**

**8.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT :**

**Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?**

Il est impératif d'avoir l'**accord préalable d'APRIL International Assistance** pour bénéficier des garanties ci-après :

- soit en téléphonant en France au +33 (0)1 41 61 23 25,
- soit par fax au +33 (0)1 44 51 51 15.

**APRIL International Assistance n'intervient médicalement qu'après organisation des premiers secours décidée par une *Autorité médicale* compétente.**

Dès le premier appel, l'*Équipe médicale* se met en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

**8.2.1. CONDITIONS D'APPLICATION**

L'organisation par *Vous-même* ou par votre entourage de l'une des assistances énoncées ci-après ne peut donner lieu à un remboursement que si APRIL International Assistance a été prévenue de cette procédure, a donné son accord et vous a communiqué un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais sont remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par APRIL International Assistance si celle-ci avait elle-même organisé le service.

APRIL International Assistance ne peut être tenue responsable des retards ou empêchements dans l'exécution de ses services en cas de grèves, émeutes, mouvements populaires, représailles, restrictions à la libre circulation des biens et des personnes, actes de terrorisme ou de sabotage, état de belligérance, de guerre civile ou étrangère déclarée ou non, désintégration du noyau atomique, émission de radiations ionisantes et autres cas fortuits ou de force majeure.

**8.2.2. TRANSPORT MÉDICAL, RAPATRIEMENT SANITAIRE**

En cas d'*Accident* ou de *Maladie*, les médecins d'APRIL International Assistance contactent les médecins traitants sur place et prennent les décisions les mieux adaptées à votre état en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'*Équipe médicale* d'APRIL International Assistance recommande votre rapatriement, APRIL International Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son *Équipe médicale*. La destination du rapatriement est :

- soit le centre hospitalier le mieux adapté,
- soit le centre hospitalier le plus proche de votre domicile dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent) ou de votre lieu de résidence dans votre *Pays de destination*,
- soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent) ou dans votre *Pays de destination*.

Si *Vous* êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre *Pays de nationalité* ou de votre lieu de résidence dans votre *Pays de destination*, APRIL International Assistance organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre résidence dans votre *Pays de destination* ou à votre domicile dans votre *Pays de nationalité*. Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne ou l'avion sanitaire.

Le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, de la nécessité de votre accompagnement et des moyens utilisés relève exclusivement de la décision de l'*Équipe médicale*.

Tout refus de la solution proposée par l'*Équipe médicale* entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

**APRIL International Assistance peut vous demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié.**

### 8.2.3. PRÉSENCE D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à 6 jours consécutifs, APRIL International Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe pour se rendre sur place.

Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* en âge de majorité juridique.

APRIL International Assistance organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) **pendant 10 nuits maximum à raison de 80 € par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.**

### 8.2.4. RECHERCHE ET ENVOI DE MÉDICAMENTS INTROUVABLES SUR PLACE

En cas d'impossibilité de trouver sur place les médicaments indispensables ou leurs équivalents, prescrits avant le départ par votre médecin traitant dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent), APRIL International Assistance en fait la recherche en France.

S'ils sont disponibles, ils sont expédiés dans les plus brefs délais sous réserve des contraintes des législations locales et des moyens de transport disponibles.

Cette prestation est acquise pour les demandes ponctuelles. En aucun cas, elle ne peut être accordée dans le cadre de traitements de longue durée qui nécessiteraient des envois réguliers ou d'une demande de vaccin. Le coût des médicaments reste à votre charge. *Vous* vous engagez à en rembourser le montant majoré des frais éventuels de dédouanement, dans un délai maximum de 30 jours calculé à partir de la date d'expédition.

### 8.2.5. RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE DÉCÈS OU D'HOSPITALISATION D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE

APRIL International Assistance met à votre disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe en cas de décès ou d'hospitalisation supérieure à 5 jours consécutifs d'un *Membre de votre famille* dans votre *Pays de nationalité*. Le voyage aller doit obligatoirement se faire dans les 8 jours suivant la date du décès ou de l'hospitalisation.

À compter de la *Date d'effet* du contrat, un délai de carence de 6 mois est appliqué en cas de *Maladie* du *Membre de votre famille*.

Cette prestation est acquise lorsque la date du décès ou de l'hospitalisation est postérieure à votre date de départ à l'*Étranger*.

APRIL International Assistance se réserve le droit de vérifier la réalité de l'événement garanti (bulletin d'hospitalisation, certificat de décès,...), préalablement à toute intervention de ses services.

Afin de bénéficier de cette garantie, *Vous* devez impérativement contacter APRIL International Assistance afin d'obtenir son accord préalable. Dans le cas contraire, APRIL International Assistance se réserve la possibilité de refuser le remboursement des billets que *Vous* auriez *Vous-même* achetés.

### 8.2.6. FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

La garantie a pour objet le remboursement de vos frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, sur un domaine privé ou public, d'équipes spécialisées dotées de tous moyens, y compris l'usage d'un hélicoptère, afin de vous localiser et de vous évacuer jusqu'au centre d'accueil adapté le plus proche, **à hauteur de 5 000 € par Assuré et par événement**. Dans tous les cas, la garantie est limitée au montant des frais que *Vous* êtes tenu sur facture de rembourser en tout ou partie aux organismes officiels étant intervenus. La garantie intervient en complément des garanties dont *Vous* disposez par ailleurs. *Vous* (ou toute personne agissant en votre nom) devez aviser APRIL International Assistance immédiatement verbalement, au plus tard dans les 48 heures suivant l'intervention, en précisant les raisons qui la motivent.

### 8.2.7. RAPATRIEMENT DU CORPS EN CAS DE DÉCÈS ET FRAIS DE CERCUEIL

Si *Vous* décédez, APRIL International Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent). APRIL International 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 organisé par APRIL International Assistance sont pris en charge **à concurrence de 1 000 € maximum**. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif d'APRIL International Assistance.

### 8.2.8. AVANCE DE CAUTION PÉNALE À L'ÉTRANGER (SAUF DANS VOTRE PAYS DE NATIONALITÉ)

À l'*Étranger*, APRIL International Assistance procède à l'avance de la caution pénale exigée par les autorités pour votre libération ou pour vous permettre d'éviter votre incarcération. Cette avance est effectuée par l'intermédiaire d'un homme de loi sur place **à concurrence de 15 000 € maximum par événement**. *Vous* êtes tenu de rembourser cette avance à APRIL International Assistance :

- dès restitution de la caution en cas de non-lieu ou d'acquiescement ;
- dans les 15 jours de la décision judiciaire devenue exécutoire en cas de condamnation ;
- dans tous les cas, dans un délai de 3 mois à compter de la date de versement.

### 8.2.9. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

Si *Vous* êtes dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et si *Vous* en faites la demande, APRIL International Assistance se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, vos messages ou nouvelles vers les membres de votre famille, vos proches ou votre employeur.

Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, APRIL International Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission. APRIL International Assistance peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

### 8.2.10. ASSISTANCE VOYAGE SI PERTE OU VOL D'EFFETS PERSONNELS

En déplacement à l'*Étranger*, en cas de perte ou de vol de vos effets personnels (documents d'identité, moyens de paiement, bagages) ou de vos titres de transport et après déclaration auprès des autorités locales compétentes, APRIL International Assistance met tout en œuvre pour vous aider dans vos démarches.

APRIL International Assistance n'est pas habilitée à procéder aux oppositions concernant les moyens de paiement pour le compte de tiers.

Dans le cas où des documents de remplacement seraient mis à disposition dans votre *Pays de nationalité*, APRIL International Assistance se charge de les acheminer par les moyens les plus rapides.

APRIL International Assistance peut procéder à une avance **à concurrence de 1 000 € par événement** afin de vous permettre d'effectuer vos achats de première nécessité.

En cas de perte ou vol d'un titre de transport, APRIL International Assistance peut vous faire parvenir un nouveau billet non négociable dont il est fait l'avance.

**Ces avances peuvent être effectuées en contrepartie d'une garantie déposée soit par Vous-même, soit par un tiers. Le remboursement de toute avance doit être effectué dans un délai de 30 jours à compter de la date de mise à disposition des fonds.**

### 8.2.11. RETOUR IMPOSSIBLE

En cas de survenance d'un événement qualifié de *Force majeure* par les autorités publiques de votre *Pays de destination* et qui vous empêcherait de retourner définitivement dans votre *Pays de nationalité*, APRIL International Assistance prend en charge vos frais supplémentaires de séjour sur place, **à hauteur de 80 € par nuit (frais de restauration et d'hébergement uniquement), pour une durée maximale de 5 nuits.**

La garantie ne prend effet qu'après déclaration de l'état de *Force majeure* par les autorités publiques du pays dans lequel *Vous* séjournez et après l'accord préalable d'APRIL International Assistance.

Tous les frais engagés sans l'accord préalable d'APRIL International Assistance ainsi que tous les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement qualifié de *Force majeure* n'ouvrent droit à aucune prestation.

En cas de survenance d'un événement de *Force majeure*, toutes les garanties du contrat sont maintenues pour 5 jours maximum à partir de la date de fin inscrite sur votre *Certificat d'adhésion*.

### 8.2.12. RETOUR ANTICIPÉ EN CAS D'ATTENTAT OU DE CATASTROPHE NATURELLE

Si *Vous* êtes, sur les conseils des autorités locales de votre *Pays de destination* ou de celles de votre *Pays de nationalité*, en raison d'événements rendant le régime politique instable ou en raison de catastrophes naturelles (telles qu'un tremblement de terre ou une inondation), obligé de quitter le lieu de votre séjour, *Vous* pouvez bénéficier de la garantie retour anticipé. Pour cela, veuillez transmettre à APRIL International Assistance, dès votre retour dans votre *Pays de nationalité*, tous les justificatifs vous permettant de vous faire rembourser le coût du transport jusqu'à concurrence du prix d'un billet d'avion (classe économique) ou de train (1<sup>ère</sup> classe). **Cette garantie est acquise uniquement en dehors de votre Pays de nationalité.**

### 8.2.13. TRADUCTIONS DE DOCUMENTS LÉGAUX ET ADMINISTRATIFS

Lorsque *Vous* vous trouvez à l'*Étranger* ou en cas de rapatriement médical et si la langue parlée vous pose d'importants problèmes de compréhension de documents légaux ou administratifs, APRIL International Assistance organise et prend en charge les services de traduction des dits documents vers votre langue maternelle. La prise en charge d'APRIL International Assistance ne peut excéder **500 € par Année d'assurance**. APRIL International Assistance ne peut être tenue pour responsable des conséquences d'une mauvaise traduction ou d'une incompréhension de votre part.

### 8.2.14. INFORMATIONS SANTÉ ET VOYAGE

APRIL International Assistance est à votre disposition pour *Vous* communiquer des informations concernant les précautions médicales à prendre avant de partir en voyage (vaccinations, médicaments...), ainsi que des informations sur les conditions de vie locale (température, climat, nourriture...).

APRIL International Assistance est également disponible 24h/24 pour fournir des informations objectives dans le domaine de la santé. Si l'équipe d'APRIL International Assistance n'est pas en mesure de *Vous* apporter une réponse immédiatement, elle effectue les recherches nécessaires et reprend contact avec *Vous* dans les meilleurs délais.

En cas de problème de santé nécessitant une consultation, APRIL International Assistance peut, sur demande, communiquer les coordonnées d'établissements de soins locaux.

L'objet de cette garantie n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée ou de conseiller une automédication. Cette prestation a purement un caractère informatif et il ne faut en aucun cas la considérer comme une recommandation. APRIL International Assistance décline toute responsabilité quant aux structures de soins qui auront été communiquées ou quant à la qualité des soins qui y auront été prodigués.

Cette garantie est limitée à 3 appels téléphoniques par *Année d'assurance*.

### 8.2.15. RETARD DE BAGAGES

On entend par bagages, vos sacs de voyage, vos valises ainsi que vos effets ou objets personnels qu'ils contiennent. Sont assimilés aux objets personnels, les *Objets de valeur* dont le prix est supérieur ou égal à 500 € ainsi que les bijoux (les perles fines et de culture, les pierres précieuses et les pierres dures) et les fourrures vous appartenant. Sont assimilés aux bagages, les ordinateurs portables, les tablettes numériques, les matériels audio-visuels, les appareils photos, les appareils vidéo ou HIFI, vous appartenant.

Si vos bagages, enregistrés et placés sous la responsabilité de la compagnie aérienne, ne vous sont pas remis 24 heures après l'arrivée à destination de votre vol régulier, APRIL International Assistance vous indemnise **à concurrence de 200 €** des frais engagés pour vous procurer des achats d'urgence et de première nécessité.

### 8.2.16. ASSURANCE VIE ÉTUDIANTE

Si *Vous* êtes rapatrié pour des raisons médicales dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent), APRIL International Assistance vous verse un forfait de 200 €, destiné à couvrir les frais irrécupérables déjà engagés sur place, justifiés par les factures originales : frais de scolarité, de loyer et de transport uniquement. Cette garantie ne peut être utilisée qu'une seule fois par contrat.

### 8.2.17. LIMITATIONS DE GARANTIES

**Lorsqu'APRIL International Assistance organise et prend en charge un rapatriement ou transport, il peut vous être demandé d'utiliser en priorité votre titre de voyage.**

**Lorsqu'APRIL International Assistance a assuré à ses frais votre retour, Vous devez impérativement remettre le titre de transport non utilisé à APRIL International Assistance.**

## 8.3. ASSISTANCE JURIDIQUE :

### 8.3.1. INFORMATIONS JURIDIQUES, PRATIQUES ET ADMINISTRATIVES

Une équipe de juristes spécialisés vous informe de vos droits et vous délivre tout renseignement d'ordre pratique et juridique. *Vous* obtiendrez également toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos droits et de vos intérêts à titre préventif pour éviter un *Conflit*. *Vous* pouvez interroger ce service quel que soit le domaine de droit concerné et obtenir une réponse **en langues française, anglaise, espagnole ou allemande** en composant le **33 (0)9 69 32 96 87**, 24h/24, 7j/7. Votre numéro de contrat vous sera demandé pour l'utilisation de ce service.

### 8.3.2. ASSISTANCE JURIDIQUE EN CAS DE LITIGE

Lorsque *Vous* rencontrez un *Litige* qui vous oppose à un *Tiers identifié*, que votre *Litige* demande est juridiquement fondée et que ce *Litige* survient dans le cadre de votre vie privée ou en tant que salarié, *Vous* bénéficiez d'une garantie dans les domaines suivants **à concurrence de 16 000 € par Litige et par Année d'assurance :**

- **Domaine pénal :** *Vous* bénéficiez de la défense de vos intérêts lorsque *Vous* êtes poursuivi devant une juridiction répressive ou une commission administrative à la suite d'un *Sinistre* garanti au titre de la garantie *Responsabilité civile* (voir paragraphe 8.4), dès lors que *Vous* n'êtes pas représenté par l'avocat mandaté par l'organisme assureur pour la défense des intérêts civils.
- **Domaine logement :** *Vous* êtes garanti pour les *Conflits* avec le propriétaire de votre logement. Seront notamment pris en charge les *Litiges* relatifs aux travaux intérieurs d'entretien, d'aménagement ou d'embellissement, les *Litiges* relatifs aux troubles de voisinage ou aux problèmes de charges.
- **Domaine administration :** *Vous* êtes garanti pour les *Litiges* que *Vous* rencontrez avec les administrations locales (hors administration fiscale), les services publics et les collectivités territoriales.
- **Domaine achat internet :** *Vous* êtes garanti pour les *Litiges* relatifs à la transaction effectuée sur un site internet.
- **Domaine recours :** l'organisme assureur intervient pour réclamer au responsable identifié la réparation d'un dommage matériel ou corporel que *Vous* subissez à la suite d'un *Accident*.

Une équipe de juristes met tous les moyens en œuvre pour régler vos *Litiges* et défendre au mieux vos intérêts. Ils sont à votre disposition pour vous aider à constituer un dossier complet.

Pour bénéficier de cette garantie, *Vous* devez apporter les éléments suffisants permettant de démontrer que *Vous* êtes face à un *Litige* (factures, devis...). En ce sens, les dépenses afférentes à cette démarche préalable restent à votre charge.

### Recherche d'une solution amiable

Après l'étude complète de votre dossier, des juristes, spécialistes de la négociation, engagent les démarches juridiques nécessaires auprès de votre *Adversaire*, afin de trouver en priorité une solution amiable au *Différend* qui vous oppose. Cette démarche est la plus efficace et la plus rapide pour faire valoir vos droits.

### Prise en charge des frais de justice

Si aucune solution amiable n'est envisageable, ou lorsque la situation le nécessite, l'organisme assureur porte votre *Litige* devant la juridiction compétente et prend alors en charge les frais engendrés (les frais d'avocat, les frais d'expertise judiciaire, les frais et honoraires d'avoué et d'huissier de justice) par toute action en justice dans la limite des plafonds définis ci-après :



FRAIS DE JUSTICE COUVERTS	PLAFONDS
Recours amiable ayant abouti	250 € par affaire
Assistance à expertise, à mesure d'instruction	275 € pour la première intervention 90 € pour chacune des interventions suivantes
Recours précontentieux en matière administrative	
Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	
Transaction amiable menée à terme	400 € par affaire
Médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	
Référé et requête	400 € par ordonnance
Juge de proximité	340 € par affaire
Tribunal de Police / Défense pénale	340 € par affaire
Tribunal d'Instance (et tribunaux de même degré)	520 € par affaire
Tribunal de Grande Instance (et tribunaux de même degré)	750 € par affaire
Cour d'Appel	850 € par affaire
Cour d'Assises, Cour de Cassation, Conseil d'état	1 500 € par affaire

Ces honoraires comprennent les frais de secrétariat et de déplacement et sont indiqués toutes taxes comprises. Si l'affaire est portée devant une juridiction étrangère, l'organisme assureur règle les honoraires correspondant à la juridiction française équivalente. L'organisme assureur prend en charge les frais d'exécution de la décision rendue en votre faveur si votre débiteur est localisé et solvable. À défaut, l'organisme assureur cesse son intervention.

Lorsqu'il est nécessaire de faire appel à un avocat, l'organisme assureur prend en charge ses honoraires. Vous pouvez choisir votre avocat habituel, ou choisir votre avocat parmi ceux inscrits au barreau du tribunal compétent. L'organisme assureur peut enfin, si Vous le préférez, vous proposer un avocat partenaire, sur demande écrite de votre part.

#### Comment bénéficiaire de la garantie ?

Dès que Vous en avez connaissance, Vous devez déclarer le *Litige* pour lequel Vous souhaitez une intervention par téléphone au + 33 (0)9 69 32 96 87 ou par e-mail à [expat@soluciapij.fr](mailto:expat@soluciapij.fr) ou par écrit à Solucia PJ - 3 boulevard Diderot - CS 31246 - 75590 Paris Cedex 12 - FRANCE.

Si Vous déclarez avec retard le *Litige* et que ce retard cause un préjudice à l'organisme assureur, celui-ci pourra refuser d'intervenir. Le *Litige* doit être survenu après la prise d'effet de la garantie et doit être déclaré pendant la période de validité du contrat. Si Vous déclarez votre *Litige* par écrit, Vous devrez adresser une déclaration rapportant précisément les circonstances du *Litige*, le numéro de votre contrat, vos coordonnées postales et téléphoniques ainsi que celles de votre contradicteur et toutes les pièces justifiant votre réclamation. Les frais et actions ne doivent pas être engagés sans l'accord de l'organisme assureur. Toutes les actions à entreprendre sont décidées d'un commun accord entre Vous et l'organisme assureur. À défaut de cet accord préalable, leurs frais et conséquences resteront à votre charge, sauf s'il s'agit de mesures conservatoires urgentes.

#### Clause d'arbitrage

Dans le cas d'un désaccord entre Vous et l'organisme assureur, l'organisme assureur appliquera l'article 127-4 du Code des assurances français qui définit les mesures à prendre pour régler un *Litige*.

Vous et l'organisme assureur pouvez désigner d'un commun accord une tierce personne pour arbitrer votre *Différend*. Si cette personne ne peut être choisie de cette façon, elle est nommée par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris, agissant en référé. Les frais ainsi occasionnés sont à la charge de l'organisme assureur.

Cependant, le Président du Tribunal peut en décider différemment s'il juge qu'il a été abusivement fait appel à cette procédure.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse qui aboutit à une solution plus favorable que l'organisme assureur - ou la tierce personne indiquée qui a été désignée - propose, l'organisme assureur vous rembourse, dans la limite du montant de la garantie. Vous pouvez également soumettre ce désaccord à l'appréciation d'une tierce personne librement désignée par Vous, reconnue pour son indépendance et habilitée à donner des conseils juridiques. Vous informerez l'organisme assureur de cette désignation, ses honoraires seront alors pris en charge par l'organisme assureur dans la limite de 200 €.

La mise en œuvre d'une procédure d'arbitrage suspend tous les délais de recours contentieux, jusqu'à ce que la tierce personne ait proposé une solution. Cette suspension vise toutes les instances juridictionnelles couvertes par le contrat et auxquelles Vous pouvez vous adresser.

### Conflits d'intérêts

En cas de conflit d'intérêts, notamment lorsque deux assurés de l'organisme assureur s'opposent, *Vous* pouvez librement choisir votre avocat ou une personne qualifiée pour vous assister. Ses honoraires et frais seront alors pris en charge par l'organisme assureur dans la limite du présent contrat.

## 8.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE :

### 8.4.1. OBJET DE LA GARANTIE

L'organisme assureur garantit les conséquences pécuniaires de la *Responsabilité civile* que *Vous* pouvez encourir en vertu des lois et règlements en vigueur dans le pays où *Vous* séjournez dans le cadre de votre vie privée.

La garantie s'exerce en cas de *Dommages corporels* et *matériels* que *Vous* causez à autrui et provenant notamment :

- de votre propre fait ou du fait des personnes dont *Vous* répondez ;
- des choses et animaux dont *Vous* êtes propriétaire ou gardien ;
- de la pratique de tous sports et activités de plein air (sauf *Exclusions* détaillées au paragraphe 9) ;
- de la responsabilité encourue lors de la participation à des stages d'entreprise à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés au matériel utilisé à l'occasion du stage ;
- de la location d'un appartement.

### 8.4.2. PLAFOND DE LA GARANTIE

- *Dommages corporels* : **4 500 000 € par Sinistre.**
- *Dommages matériels* et *immatériels* consécutifs : **460 000 € par Année d'assurance**, les *Dommages immatériels* étant compris dans la somme assurée à concurrence de 20% soit **92 000 €**. **Franchise absolue de 75 € par Sinistre.**
- *Dommages matériels* causés pendant le stage : **12 000 € par Année d'assurance**. **Franchise absolue de 75 € par Sinistre.**

#### Comment bénéficiaire de la garantie ?

*Vous* devez déclarer, **par lettre recommandée** à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, dès que *Vous* en avez connaissance, **et au plus tard dans les 15 jours**, tout *Sinistre* de nature à entraîner la garantie du contrat, en mentionnant le détail des circonstances et conséquences.

## 8.5. INDIVIDUELLE ACCIDENT :

### 8.5.1. EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

L'organisme assureur verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital **dont le montant est fixé à 10 000 €**. Il est précisé que si l'*Assuré* est âgé de moins de 16 ans à la date du décès, le montant du capital est en tout état de cause limité au montant des frais d'obsèques.

La garantie s'applique au décès de l'*Assuré* survenant six mois au plus après l'*Accident* ayant entraîné des blessures ou lésions mortelles. **Toutefois, si l'Assuré décède après avoir reçu de l'organisme assureur pour le même Accident une Indemnité pour Invalidité permanente, les héritiers recevront le capital stipulé en cas de décès, diminué du montant de cette Indemnité.**

#### Attribution des prestations

Si l'*Assuré* décède, le capital est versé au(x) *Bénéficiaires* indiqués sur la Demande d'adhésion, ou à ceux que l'*Assuré* a désigné(s) ultérieurement. *Vous* pouvez modifier la clause de désignation lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation de cette dernière par le *Bénéficiaire* qui la rend irrévocable. La désignation de *Bénéficiaire* peut en outre être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le *Bénéficiaire* est nommément désigné, *Vous* pouvez porter au contrat les coordonnées de ce dernier.

À défaut de désignation de *Bénéficiaire* ou si la désignation s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées à votre conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital garanti ou cosignataire avec *Vous* d'un pacte civil de solidarité, à défaut à vos enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à vos ascendants par parts égales, à défaut à vos autres héritiers.

Si l'*Assuré* décède et qu'il est âgé de 16 à 18 ans, le capital garanti revient à ses parents par parts égales entre eux et à défaut à ses autres héritiers.

#### Comment bénéficiaire de la garantie ?

Le décès doit être déclaré en adressant à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- un extrait de l'acte de décès ;
- un extrait de l'acte de naissance ;
- un certificat médical indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ;
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille ;
- tout document précisant la cause et les circonstances de l'*Accident* ayant entraîné le décès ;
- un certificat d'admission délivré par l'hôpital ;
- la preuve, par tout document, de l'*Accident* et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès.

Le règlement est effectué entre les mains du *Bénéficiaire* désigné dans les vingt jours suivant la remise des pièces. S'il y a pluralité de *Bénéficiaires*, le paiement du capital est indivisible à l'égard de l'organisme assureur qui règle sur quittance signée conjointement par les intéressés.

### 8.5.2. EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

En cas d'*Invalidité* permanente totale, soit un taux d'*Invalidité* égal à 100%, l'organisme assureur vous verse un capital **dont le montant est fixé à 40 000 €**.

En cas d'*Invalidité* permanente partielle, le montant du capital est réductible en fonction du taux d'*Invalidité* reconnu. Le taux d'*Invalidité* est fixé par le Médecin Conseil de l'organisme assureur après consolidation des blessures.

- Si le taux d'*Invalidité* permanente partielle est inférieur ou égal à 20%, aucune *Indemnité* n'est due.
- Si le taux d'*Invalidité* permanente partielle est supérieur à 20%, l'*Indemnité* sera égale à 40 000 €, multipliés par le taux d'*Invalidité* reconnu.

Si *Vous* êtes atteint d'une *Invalidité* antérieure à la survenance de l'*Accident* garanti, il n'est pas tenu compte des lésions dues à cette *Invalidité*. Toutefois, dans le cas où le membre ou organe déjà infirme est atteint par d'autres lésions, l'indemnisation porte sur la différence entre l'état du membre avant et après l'*Accident*. Si *Vous* n'avez pas suivi le traitement qui vous a été prescrit, l'*Indemnité* est estimée d'après les conséquences qu'auraient eues ce même *Accident* si *Vous* aviez suivi le traitement imposé.

#### Comment bénéficiaire de la garantie ?

*Vous* devez déclarer l'*Accident* par écrit à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, **dans un délai de 30 jours à compter de sa connaissance**, sauf cas fortuit ou de force majeure. La déclaration doit comporter toutes précisions sur la gravité, les causes et les circonstances de l'*Accident* et *Vous* devez notamment :

- transmettre tout document prouvant votre identité et/ou votre situation de famille ;
- faire parvenir un certificat du médecin appelé à donner les premiers soins et décrivant la nature exacte de votre état actuel, des lésions et de leurs conséquences ;
- transmettre tout document nécessaire pour établir la matérialité et l'importance de l'*Accident* ;
- vous soumettre à l'examen du médecin de l'organisme assureur.

### 8.6. REPORT DE DÉPART :

*Vous* êtes garanti pour le remboursement des pénalités appliquées par les compagnies aériennes en cas de report de votre date de départ vers votre *Pays de destination* ou de retour définitif vers votre *Pays de nationalité*.

La garantie s'exerce :

- en cas de date d'examen modifiée et attestée impérativement par un document officiel, à caractère imprévisible et non reportable, pour une date se situant pendant le voyage ou après la date fixée de retour dans votre *Pays de nationalité*, sous réserve que la convocation n'ait pas été connue au jour de l'adhésion au présent contrat ;
- en cas de convocation à un examen de rattrapage pour une date se situant pendant la durée du voyage, sous réserve que l'échec à l'examen n'ait pas été connu le jour de l'achat du billet d'avion.

**La garantie s'exerce à concurrence de 100 € maximum par Assuré par Année d'assurance.**

#### Comment bénéficiaire de la garantie ?

*Vous* devez aviser l'organisme assureur, par notre intermédiaire, par écrit **dans les 5 jours ouvrables** suivant la date de survenance de l'événement garanti. Votre déclaration doit comporter les informations suivantes :

- vos nom, prénoms et adresse ;
- le motif précis du report de la date de départ ou de retour ;
- le document officiel reprenant les dates des examens prévus et annulés ainsi que les nouvelles dates de convocation ;
- l'original de la facture faisant apparaître le montant des pénalités de retard.

**Toute annulation non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.**

### 8.7. ASSURANCE BAGAGES :

Cette garantie couvre à **concurrence de 1 600 €** tous vos *Bagages*, objets et effets personnels vous appartenant ou que *Vous* avez loués contre les risques de :

- perte de *Bagages* pendant l'acheminement par une entreprise de transport,
- vol de vos *Bagages*, objets et effets personnels pendant le trajet aller-retour ainsi que pendant toute la durée du séjour,
- destruction totale ou partielle ou détérioration de vos *Bagages*, objets et effets personnels suite à un phénomène catastrophique tel qu'un incendie, une inondation, un effondrement ou un acte de terrorisme, pendant le trajet aller-retour ainsi que pendant toute la durée du séjour.

En cas de perte, vol ou destruction de *Bagages* enregistrés par un transporteur, l'organisme assureur n'interviendra qu'après déclaration en bonne et due forme effectuée auprès du transporteur et sous déduction de l'*Indemnité* que celui-ci versera au titre de sa responsabilité. En ce qui concerne la disparition des *Bagages* et de leur contenu laissés sous la responsabilité d'un hôtelier, l'organisme assureur interviendra sous déduction de l'*Indemnité* versée par le dépositaire ou son organisme assureur au titre de sa responsabilité.

**Les Objets de valeurs sont indemnisés dans la limite de 50% de la valeur garantie, soit 800 € maximum.**

**Pour tout Sinistre, une Franchise de 15 € restera à votre charge.**

### Comment bénéficier de la garantie ?

Vous devez déclarer le *Sinistre* par écrit à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, **dans les 5 jours ouvrés** qui suivent les dommages. Passé ce délai, l'organisme assureur se réserve le droit d'appliquer la déchéance des garanties. Une liste de pièces justificatives vous sera demandée.

## 9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

### 9.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, sont exclus de la garantie frais de santé :**

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée ;
- les frais de parapharmacie, les soins cosmétiques, les produits d'hygiène, les crèmes solaires et/ou hydratantes, les produits de maquillage, les traitements de confort, les vitamines et minéraux, les compléments alimentaires, les produits diététiques, les aliments pour bébé, les eaux minérales ;
- la pédicure ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- les auxiliaires médicaux autres que kinésithérapeute et infirmier en cas d'*Accident caractérisé* ;
- l'ergothérapie, la logopédie et le traitement des troubles psychomoteurs ;
- les consultations de psychologues ;
- les implants dentaires, la parodontologie et tout traitement d'orthodontie ;
- l'opération ou l'extraction des dents de sagesse ;
- tout soin dentaire ne présentant pas un caractère d'urgence tel que : examens dentaires de routine, détartrages, conditions préexistantes comprenant les caries/cavités, les soins de reconstruction, les couronnes et/ou réparation de couronnes ou tout autre traitement non nécessaire au soulagement de la douleur ;
- les frais de prothèses dentaires, les frais d'optique et les autres prothèses, sauf si les frais font suite à un *Accident caractérisé* ;
- les séances de préparation à l'accouchement ;
- la thalassothérapie et les cures thermales ;
- les frais de vaccination ;
- les soins, examens et traitements de la peau (hors traitements du cancer) ;
- l'opération de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- le trouble du déficit de l'attention avec ou sans l'hyperactivité ;
- le traitement des troubles alimentaires ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement ;
- tout traitement lié à la stérilité, à la fertilité ou à la contraception ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- la chirurgie au laser des yeux (y compris la correction de la myopie) et le traitement de la cataracte ;
- les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes ;
- les traitements préventifs ;
- les bilans de santé, les tests de routine et check-up ;
- les traitements non reconnus par les *Autorités médicales* du pays dans lequel ils se déroulent ;
- les traitements expérimentaux ;
- toute *Hospitalisation* programmée, au moment de l'adhésion, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la *Maladie* ;
- les frais qui auraient pu être effectués au retour de l'*Assuré* dans son *Pays de nationalité* ;
- les frais annexes tels que les frais de téléphone en cas d'*Hospitalisation* ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne, dans les maisons de repos sauf après *Hospitalisation* médicale ou chirurgicale ;
- les soins nécessitant un *Accord préalable*, dispensés sans *Accord préalable* (en cas d'*Hospitalisation* sans *Accord préalable*, une *Franchise* de 20% sera appliquée à votre remboursement) ;
- les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'*Assuré* ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les thermomètres et tensiomètres ;
- les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection ;
- le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- les séjours en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires ;
- les hormones de croissance ;

- les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- l'automutilation ;
- toute dépense non médicalement nécessaire.

## 9.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, ne sont pas garantis au titre de la garantie assistance rapatriement, les frais résultant des faits ou événements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit et ne pourront donner lieu à l'intervention d'APRIL International Assistance) :**

- 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 déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les *Maladies* antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les traitements de la stérilité ;
- les états de grossesse, les accouchements et leurs suites concernant les nouveau-nés, les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique, les soins de dermatologie ;
- 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 *Maladies* ou malformations congénitales ;
- les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive ;
- les conséquences des dommages causés par des explosifs que l'Assuré peut détenir ;
- l'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences de la participation à un pari, un défi, un duel ou un crime ;
- les frais de séjour sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance ;
- les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

**Ne sont pas pris en charge :**

- les frais médicaux, les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation, les frais de contraception et de traitement de la stérilité, les frais de lunettes, de verres de contact, les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'Assuré ;
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec l'Assuré ;
- les frais que l'Assuré a engagés pour la délivrance de tout document officiel.

**Au titre de la garantie assistance retour impossible, ne sont pas pris en charge et ne donnent pas lieu à remboursement :**

- les frais engendrés sans l'accord préalable d'APRIL International Assistance ;
- les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement de *Force majeure* tel que défini au paragraphe 2 et constaté par les autorités publiques compétentes.

**En outre, sont exclus de la garantie les frais de recherche et 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 ;
- engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition ou une compétition, sauf stipulation contraire expresse.

## 9.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE :

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, l'organisme assureur ne peut intervenir :**

- pour les *Litiges* relatifs aux droits des personnes et de la famille ;
- si la responsabilité de l'Assuré est mise en cause et que les dommages dont il est responsable auraient dû être pris en charge au titre d'une assurance légalement obligatoire. L'organisme assureur n'intervient pas si une garantie présente dans l'un des contrats d'assurance de l'Assuré prévoit l'indemnisation directe de son préjudice en dehors de toute recherche de responsabilité ;
- pour les *Litiges* relatifs au droit de la propriété intellectuelle, artistique, littéraire ou industrielle, ou concernant les marques, brevets ou droits d'auteur de l'Assuré ;
- pour les *Litiges* résultant de risques exceptionnels (guerre civile ou guerre étrangère, émeutes, mouvements populaires, actes

- de terrorisme, actes de vandalisme) ou découlant d'une catastrophe naturelle ;
- pour les *Litiges* résultant d'une faute intentionnelle de la part de l'*Assuré* ;
- pour les *Litiges* faisant l'objet d'un conflit entre l'*Assuré* et l'organisme assureur sauf lors de l'application de la clause Arbitrage ou Conflits d'intérêts ;
- pour les *Litiges* se rapportant à l'expression d'opinions politiques ou syndicales ;
- pour les *Litiges* concernant les immeubles de rapport ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine de l'urbanisme ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine douanier ;
- pour les *Litiges* se rapportant au mandat d'une société civile ou commerciale qui a été confié à l'*Assuré*, ou à la participation de l'*Assuré* à son administration ou à sa gestion ;
- pour les *Litiges* qui concernent une activité professionnelle autre que celle salariée (bénévolat, associative ou syndicale) ;
- pour les *Litiges* relevant d'une caution consentie en dehors du cadre familial ou consentie dans le cadre d'une activité professionnelle ;
- pour les *Litiges* concernant le surendettement de l'*Assuré* ou son insolvabilité, le règlement d'une dette ou l'obtention de délais de paiement ;
- pour les *Litiges* résultant d'une infraction au Code de la route en vigueur dans le pays où l'*Assuré* se trouve.

**L'organisme assureur ne prend jamais en charge :**

- les amendes et les sommes de toute nature que l'*Assuré* peut être tenu de payer ou de rembourser à la partie adverse ;
- les frais et honoraires liés à l'établissement du préjudice de l'*Assuré* ainsi que les enquêtes pour identifier ou retrouver l'*Adversaire* ;
- les honoraires de résultat ;
- les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés du seul fait de l'*Assuré* ;
- les actions et frais afférents engagés sans le consentement de l'organisme assureur (notamment la saisine d'un avocat) ;
- les frais de représentation, de postulation et de déplacement si l'avocat de l'*Assuré* n'est pas inscrit au barreau du tribunal compétent ;
- les consignations pénales, les cautions.

**9.4. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE :**

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :**

- les dommages résultant de toute activité professionnelle (sauf pour les *Dommages matériels* causés pendant un stage en entreprise) ;
- les conséquences pécuniaires de la responsabilité contractuelle que l'*Assuré* encourt, en dehors de la responsabilité encourue à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés au matériel utilisé à l'occasion dudit stage ;
- les risques de circulation définis par les lois françaises n° 58208 du 27 février 1958 et n° 85.677 du 5 juillet 1985 relatives à l'assurance obligatoire des véhicules à moteur ;
- les *Accidents* subis par l'*Assuré* ou par ses salariés ou préposés pendant ses/leurs fonctions ainsi que par ses ascendants et descendants ;
- les dommages causés aux objets et animaux appartenant à l'*Assuré* ou lui ayant été prêtés ;
- les amendes et frais afférents pouvant incomber à l'*Assuré* ;
- les dommages consécutifs à l'usage de tout appareil de navigation aérienne ;
- les dommages résultant de la pollution ;
- les écaillures, ébréchures et éraflures aux appareils sanitaires ainsi que les bris de vaisselles et les dommages causés à la literie.

**9.5. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT :**

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :**

- les suites et conséquences des *Maladies*, insolation ou autres effets de la température (sauf si elles sont la conséquence d'un *Accident* garanti), les noyades étant toujours garanties ;
- les ruptures d'anévrisme, attaques de paralysie ou apoplexie, l'angine de poitrine et ses conséquences et toutes les conséquences d'affections vasculaires, les hernies de toute nature, lumbagos, rhumatismes, varices, dermatoses et, quelles qu'en soient les circonstances d'apparition, les *Accidents* ayant pour origine un état pathologique de la victime.

**9.6. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSURANCE BAGAGES :**

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :**

- les espèces, papiers personnels, documents commerciaux, documents administratifs, chèques de voyage, cartes de crédit, billets d'avion, titres de transport et "vouchers" ;
- les *Accidents* de fumeurs ainsi que les dommages causés aux objets tombés ou jetés dans un foyer et les brûlures occasionnées

- par un excès de chaleur sans embrasement ;
- les dommages causés aux appareils électriques et résultant de leur seul fonctionnement ainsi que ceux provenant du vice propre de l'objet ;
- les dommages résultant de la confiscation ou de la détention par la douane ou autres autorités publiques, des biens garantis ;
- le bris ou la casse d'objets fragiles ou de nature cassante, tels que montres, appareils photographiques, lunettes et matériels informatiques ;
- les détériorations dues à l'usure ;
- les vols commis par les membres de la famille de l'Assuré visés à l'Article 380 du Code pénal français ou avec leur complicité ou par ses domestiques et ses autres préposés dans l'exercice de leurs fonctions ;
- les vols commis dans les circonstances suivantes :
  - a) dans le cas de bagages enregistrés, si le mauvais conditionnement ou la défectuosité de l'emballage ont facilité le vol ;
  - b) lorsque les objets sont laissés sans surveillance dans un lieu public ou dans un local mis à la disposition commune de plusieurs occupants ;
  - c) lorsque les objets se trouvent :
    - dans un véhicule décapotable ;
    - dans un véhicule dont les glaces ne sont pas fermées ;
    - dans un véhicule dont les portières ou le coffre ne sont pas fermés à clé ;
    - dans un véhicule automobile entre 22 heures et 7 heures du matin hors d'un garage public ou privé, à l'exception des objets situés dans les soutes ou coffres des autobus et autocars ;
- le vol au domicile sans effraction dûment constatée et verbalisée par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord...).

#### 9.7. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

##### **Sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :**

- des faits intentionnels de l'Adhérent ou de l'Assuré, et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'Assuré ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense) ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide, de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du Sinistre dans le pays de survenance) ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marée et autres cataclysmes, sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des *Maladies*, affections, malformations antérieures à la *Date d'effet* du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des *Maladies* ou malformations congénitales et non déclarées à l'adhésion ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer (au-delà de 200 miles nautiques) ;
- de la pratique de la chasse ;
- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que : l'ULM, le deltaplane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, l'escalade (hors support artificiel), la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, le kitesurf, les sports de défense et de combat et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à titre professionnel à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique à titre professionnel des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
- de la pratique de tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- de la pratique d'activités sportives impliquant l'utilisation ou la présence d'un animal telles que l'équitation, les compétitions équestres et les corridas ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'Assuré a la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la Demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite Demande d'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'Assuré par courrier et acceptée par l'Assuré.

## 10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Il a été conclu par l'Association des Assurés d'APRIL International (Association loi 1901, située 110, avenue de la République, 75011 Paris, FRANCE, qui a pour objet d'étudier, de souscrire et de promouvoir tout type de contrat d'assurance au profit de ses adhérents, de créer un esprit de solidarité internationale entre eux, de mettre à leur disposition des moyens d'information et de gestion adéquats et d'assurer leur représentation auprès de toute société d'assurance, et dont les statuts sont téléchargeables à l'adresse <http://fr.april-international.com/global/april-international-expat/l-association-des-assures-d-april-international>) :

#### **pour les garanties frais de santé et Individuelle accident :**

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Groupama Gan Vie (conventions n° 219/684930/00000, 219/684930/01000, 219/684931/00000 et 219/684931/01000), société anonyme au capital de 413 036 043 € (entièrement versé), immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 340 427 616 (code APE : 6511Z), située 8-10, rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE ;

#### **pour les garanties assistance rapatriement et report de départ :**

une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec ACE EUROPE (convention n°FRBBBA07289), entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100 Leadenhall street, Londres EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

Les prestations d'assistance sont fournies par APRIL International Assistance.

**La garantie assistance juridique** est assurée par Solucia PJ (contrat n° 1000 66 02), compagnie d'assurances de protection juridique, régie par le Code des assurances français. Siège social : 3, boulevard Diderot, CS 31246, 75590 Paris Cedex 12, FRANCE.

**Les garanties Responsabilité civile vie privée, stages et locative et assurance bagages** sont assurées par ACE Europe (contrat n° FRBOPA10169), société de droit étranger enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112 892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8, avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

La gestion administrative de ces assurances est déléguée à APRIL International Expat, société anonyme au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), située 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

### 10.2. CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour les garanties assistance rapatriement, *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative, assurance bagages et report de départ : Financial Conduct Authority, située 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E145HS, ROYAUME-UNI,
- pour les garanties frais de santé, *Individuelle accident* et assistance juridique : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

APRIL International Expat est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

L'adhésion au contrat Crystal Studies est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes Conditions générales et le *Certificat d'adhésion*. Elle est soumise à la législation française et notamment à son Code des assurances.

Les garanties et niveaux de remboursement du présent contrat seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats de droit français.

### 10.3. PRESCRIPTION :

Conformément aux articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances français, toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de la date de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,
- en cas de *Sinistre*, que du jour où *Vous* en avez eu connaissance, si *Vous* prouvez que *Vous* l'avez ignoré jusque-là.

Si *Vous* décédez, le délai est porté à 30 ans pour les *Bénéficiaires*, à compter du jour de votre décès.

Si votre action contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre *Vous* ou lorsque *Vous* l'avez indemnisé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, par la délégation d'un expert en cas de *Sinistre* ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé réception que *Vous* ou le *Bénéficiaire* nous adressez concernant le règlement des prestations ou que *Nous* vous adressons concernant le paiement des *Cotisations*.

En aucun cas il ne pourra être apporté de modification sur la durée de la prescription ni d'ajout sur ces causes de suspension ou d'interruption et ce, même en cas d'accord entre l'*Adhérent* et l'organisme assureur.



#### **10.4. SUBROGATION :**

Il est stipulé que l'organisme assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L.121 -12 du Code des assurances français relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

Si *Vous* êtes victime d'un *Accident* de la circulation (impliquant un véhicule automobile), *Vous* devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'organisme assureur de l'auteur de l'*Accident* qui le sollicite le nom de l'organisme assureur frais de santé en tant que tiers-payeur.

#### **10.5. CONTRÔLE :**

L'organisme assureur se réserve le droit de vous demander de lui fournir les justificatifs nécessaires à l'exacte appréciation des garanties, notamment par communication de certificats médicaux, comptes-rendus opératoires et/ou contre-expertise du médecin de l'organisme assureur.

#### **10.6. CONCILIATION-RÉCLAMATION:**

La qualité de service est au coeur de nos engagements, mais si toutefois *Vous* souhaitez formuler une réclamation relative aux services fournis par notre société, *Vous* pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel.

Si la réponse fournie ne vous satisfait pas, *Vous* pouvez vous adresser à notre Service Suivi Client dont les coordonnées sont les suivantes :

Adresse : APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE,

E-mail : [suiviclient.expat@april-international.com](mailto:suiviclient.expat@april-international.com).

Pour votre information, nos assureurs partenaires Groupama Gan Vie (8-10, rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE), ACE Europe (Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE) et Solucia PJ (3, boulevard Diderot, CS 31246, 75590 Paris Cedex 12, FRANCE), nous ont confié le traitement des réclamations.

*Nous* ferons le maximum pour vous apporter une réponse dans un délai maximal de 48 heures ouvrées et nous engageons à vous tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation dans ce même délai si pour des raisons indépendantes de notre volonté celui-ci devait être prolongé.

Si la réponse fournie ne vous donnait pas satisfaction, *Vous* pourriez, le cas échéant, saisir le Médiateur compétent dont le nom et les coordonnées vous seront communiquées par le Service Suivi Client - Réclamation - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE, par téléphone au + 33 (0)1 73 02 93 93 et par e-mail à [suiviclient.expat@april-international.com](mailto:suiviclient.expat@april-international.com) sur simple demande, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition.

*Nous* vous informons que les données recueillies pour le traitement de votre réclamation font l'objet d'un traitement informatique par notre société aux fins de suivi du traitement des réclamations, et ne peuvent être communiquées à cette fin qu'à l'organisme assureur, à ses réassureurs et à la holding APRIL, ainsi qu'à nos prestataires partenaires pour la mise en oeuvre de vos garanties.

*Vous* disposez d'un droit de communication, de rectification, d'opposition, et de suppression des données vous concernant (voir paragraphe 10.7).

#### **10.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :**

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, *Vous* disposez d'un droit de communication, de rectification, d'opposition, et de suppression des données vous concernant que *Vous* pouvez exercer auprès de notre Service Suivi Client dont les coordonnées sont mentionnées au paragraphe précédent.

APRIL international | expat

Siège social :  
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE  
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90  
E-mail : [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

S.A. au capital de 200 000€ - RCS Paris 309 707 727  
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.