

CONDITIONS GÉNÉRALES 2014-2015

Réf : ExS 2015

EXPAT STUDENT





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

SOMMAIRE

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT	P.3
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION	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 TIERS PAYANT AU MEXIQUE	p.4
1.5. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD (ÉTATS-UNIS, MEXIQUE)	p.4
1.6. SERVICE DE TIERS PAYANT EN FRANCE	p.5
1.7. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	p.5
1.8. SERVICE DE 1 ^{ER} AVIS MÉDICAL	p.5
1.9. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE	p.5
1.10. SERVICES EN LIGNE	p.5
1.11. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?	p.5
2. DÉFINITIONS	P.6
2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES	p.6
2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	p.6
2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.7
2.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE	p.7
2.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE	p.7
2.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT	p.7
2.7. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSURANCE EXAMEN	p.8
3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	P.8
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?	p.8
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p.8
4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	P.8
5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	P.9
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?	p.9
5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT	p.9
5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT	p.9
5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT	p.9
5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?	p.9
6. COTISATIONS	P.10
6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?	p.10
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p.10
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?	p.10
7. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT	P.11
7.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	p.11
7.2. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?	p.11
8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	P.11
8.1. FRAIS DE SANTÉ	p.11
8.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.15
8.3. ASSISTANCE JURIDIQUE	p.18
8.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE	p.20
8.5. INDIVIDUELLE ACCIDENT	p.20
8.6. ASSURANCE EXAMEN	p.21
9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	P.22
10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.25
10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p.25
10.2. CADRE LÉGAL	p.26
10.3. PRESCRIPTION	p.26
10.4. SUBROGATION	p.26
10.5. CONTRÔLE	p.26
10.6. CONCILIATION - RÉCLAMATION	p.26
10.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p.27

Remarque :

An English version of these General conditions is available on 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. 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 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. 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 :

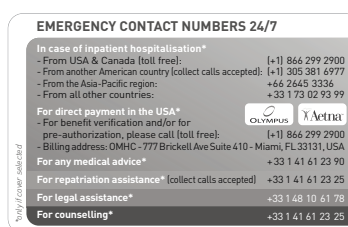
Ce service vous permet de ne pas avoir à régler *Vous-même* vos frais d'*Hospitalisation*. En effet, sur simple demande, *Nous* contactons l'établissement dans lequel *Vous* êtes admis et nous chargeons ensuite de régler la facture d'*Hospitalisation* correspondant à votre séjour. *Nous* vous informons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

- nous contacter au (+1) 866 299 2900,
- vous rendre sur le site 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.

CVS CAREMARK | CAREMARK

RXBIN: XXXXXX
RXPCN: XXXXXX
RXGRP: XXXXXX
ISSUER (XXXXX)
ID: XXXXXXXXXXXX
NAME: JOHN Q PUBLIC
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

X0811

Present this card to any participating retail pharmacy to obtain your short-term supply of medicine. For additional pharmacies go to www.caremark.com or contact a Caremark Customer Care representative.

Customer Care: 1-800-966-5772

Submit Claims to: Caremark Claims Dept.
P.O. Box 52116
Phoenix, Arizona 85072-2116

X0811

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 cette carte 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 www.caremark.com.

Le service de tiers payant aux États-Unis ne peut pas être proposé aux *Assurés* ayant été acceptés à des conditions particulières (avec une exclusion médicale par exemple).

1.4. SERVICE DE TIERS PAYANT AU MEXIQUE :

Si *Vous* avez sélectionné le Mexique comme *Pays de destination*, *Vous* bénéficiez d'une prise en charge directe de vos dépenses de santé lorsque les soins correspondants sont pratiqués et facturés au Mexique, au sein de notre réseau de soins partenaire, ChoiceNet International (CNI).

Pour cela, *Vous* devez systématiquement nous contacter avant toute démarche :

- par téléphone 24h/24 et 7j/7 au (+1) 800 212 9527 (numéro vert depuis le Mexique) ou au +52 (55) 41 70 85 90 (numéro local),
- par email à CNIteam@choicenet.mx.

Nous nous chargerons de votre prise de rendez-vous auprès du professionnel de santé le mieux adapté à votre situation.

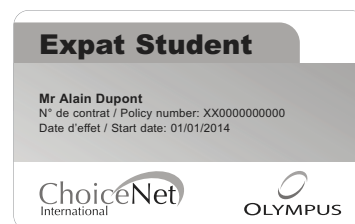
Vous recevrez par courrier, après votre adhésion, votre carte de tiers payant à présenter aux professionnels de santé du réseau ChoiceNet International (CNI).

Ce service est disponible auprès des professionnels de santé appartenant au réseau ChoiceNet International (CNI) pour :

- vos frais d'*Hospitalisation*,
- vos consultations de généralistes et de spécialistes,
- vos analyses,
- vos radiographies,
- vos séances de rééducation.

La prise en charge est faite dans la limite de couverture des garanties offertes par le présent contrat. Si vos soins ne sont pas entièrement couverts par votre contrat, *Vous* devrez régler le solde de votre facture non pris en charge, directement auprès du professionnel de santé.

Le service de tiers payant au Mexique ne peut pas être proposé aux *Assurés* ayant été acceptés à des conditions particulières (avec une exclusion médicale par exemple).



1.5. 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.

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. Selon le type de soin prodigué, *Vous* serez susceptible d'avoir un reste à charge à régler conformément au niveau de garanties de votre contrat.

Le service de consultation à domicile est disponible dans les villes suivantes (au 01/10/2014) :

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.

1.6. SERVICE DE TIERS-PAYANT EN FRANCE :

Si *Vous* avez sélectionné la France comme *Pays de destination*, 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, auprès des professionnels de santé membres du réseau Alмеры. 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 de tiers payant en France ne peut pas être proposé aux *Assurés* ayant été acceptés à des conditions particulières (avec une exclusion médicale par exemple).

1.7. 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.

1.8. SERVICE DE 1^{ER} 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 de médicaments à l'étranger...).

Pour bénéficier du service de avis médical, veuillez composer le +33 (0)1 41 61 23 90.

1.9. 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.

1.10. SERVICES EN LIGNE :

Depuis le site 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 principal*, *Vous* pouvez consulter :

- vos décomptes de remboursement ainsi que ceux des membres de votre famille, 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 avant d'engager certains soins ou traitements),
- 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,
- régler en ligne par carte bancaire vos échéances.

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

Pour envoyer une Demande de remboursement :

Si *Vous* êtes bénéficiaire d'une couverture au 1^{ER} euro :

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

Si *Vous* êtes bénéficiaire d'une couverture en complément de la CFE :

Veuillez adresser vos demandes de remboursement (en y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales) à :

CFE s/c APRIL International Expat

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

La CFE nous transmet ensuite les décomptes qu'elle aura établis afin que *Nous* effectuions un seul règlement global.

Le service de télétransmission CFE-APRIL International Expat n'est pas disponible pour les *Assurés* acceptés avec une exclusion médicale particulière.

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 (valable 6 mois). 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 (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 :

2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

- 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*.
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 douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
ASSURÉ, « VOUS » : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties du présent contrat. C'est-à-dire *Vous* et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites au *Certificat d'adhésion*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.
ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS » : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.
AUTORITÉ MÉDICALE : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où *Vous* vous trouvez.
- C CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document valant attestation d'assurance, que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Expat Student et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, les garanties et l'option sélectionnée. Le *Certificat d'adhésion* correspond aux conditions particulières du contrat.
CONJOINT : l'époux ou l'épouse de l'*Assuré principal*, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'*Assuré principal* bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du *Sinistre*. Le concubin notoire de l'*Assuré principal* pourra être considéré comme ayant la qualité de *Conjoint* si justification de sa qualité est faite. Le *Conjoint* doit également résider en dehors de son *Pays de nationalité* pendant toute la durée du contrat.
COTISATION : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au *Certificat d'adhésion*.
- E ENFANT À CHARGE** : enfant âgé de moins de 18 ans inclus et fiscalement à charge.
ÉLÈVE / ÉTUDIANT : personne physique inscrite dans un établissement d'enseignement dans son *Pays de destination*, titulaire d'une carte d'étudiant ou pouvant fournir une attestation de scolarité.
EXCLUSIONS : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- F FRANCHISE** : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.
- M MALADIE INOPINÉE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.
MALADIE PRÉEXISTANTE : affection médicale qui s'est manifestée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion (incluant votre Profil de santé). Est considérée comme *Maladie préexistante* toute affection de ce type dont *Vous* avez eu connaissance, ou dont *Vous* auriez raisonnablement pu avoir connaissance, au moment de l'adhésion au présent contrat.
- N NOUS** : APRIL International Expat.
- P PAYS DE DESTINATION** : le pays de résidence où *Vous* séjournerez 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 ».
- S SINISTRE** : événement, maladie ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

- A ACCORD PRÉALABLE** : 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* ». En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* ».
- 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.
- C COMPLICATIONS DE GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT** : elles concernent d'une part, les complications qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse, et dans ce contexte seront couverts les cas suivants : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, pré-éclampsie, fausse couche, risques de fausse couche et enfant mort-né ou môle. Seront également couvertes les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire.
- 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 DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat 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.
- F 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.
- H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures, consécutivement à un *Accident* ou une maladie.
- HOSPITALISATION DE JOUR** : hospitalisation de moins de 24 heures pour laquelle un lit vous est attribué, sans que *Vous* ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.
- R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation* (*Hospitalisation* de plus de 24 heures ou *Hospitalisation de jour*), 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.
- S 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*.

2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

- C CONSOLIDATION** : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un *Accident* ou souffrant d'une maladie.
- E ÉQUIPE MÉDICALE** : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'APRIL International Assistance.
- ÉTRANGER** : tout pays garanti listé dans le présent contrat, en dehors de votre *Pays de nationalité*.
- M MEMBRE DE LA FAMILLE** : vos *Conjoint*, enfant, frère, sœur, père, mère, beaux-parents, ou votre tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.
- P PROCHE** : toute personne physique désignée par *Vous* ou l'un de vos ayants droit et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.

2.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE :

- L LITIGE, CONFLIT, 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*.
- 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.

2.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE :

- D 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.
- R RESPONSABILITÉ CIVILE** : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

2.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT :

- B BÉNÉFICIAIRE** : personne physique qui reçoit l'*Indemnité* ou le capital versé par l'organisme assureur.
- 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.

2.7. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSURANCE *EXAMEN* :

- E EXAMEN, CONCOURS :** l'épreuve que subit un *Élève* ou un *Étudiant* en vue de vérifier ses aptitudes pouvant lui permettre son passage en classe supérieure.
- F FRAIS DE SCOLARITÉ :** le montant annuel des frais d'inscription, des frais de pension et des frais de demi-pension facturé à l'*Assuré* ou à son garant financier.
- M MEMBRE DE LA FAMILLE :** vos *Conjoint*, enfant, frère, soeur, père, mère, beaux-parents, ou votre tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.
- R REDOUBLEMENT :** l'obligation pour un *Élève* ou un *Étudiant* de recommencer son année d'études :
 - suite à son *Hospitalisation* pendant la période d'*Examen* ou de *Concours* ou dans les dix jours qui la précèdent,
 - suite au décès consécutif à un *Accident* d'un *Membre de la famille* durant la période d'*Examen* ou de *Concours* ou survenant durant les 10 jours qui la précèdent.

3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit les prestations suivantes :

- remboursement de frais de santé au 1^{er} euro ou en complément de la CFE,
- assistance rapatriement,
- assistance juridique,
- *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative,
- *Individuelle accident*,
- assurance *Examen*.

3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

2 zones de couverture sont proposées selon votre *Pays de destination* :

Zone 1 : Canada, Chine, États-Unis, Royaume-Uni, Hong-Kong, Mexique, Singapour et Suisse,

Zone 2 : Tous les pays non listés dans la zone 1.

Les garanties sont acquises dans la zone tarifaire dont votre *Pays de destination* fait partie.

En zone tarifaire 1 : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier, y compris dans votre *Pays de nationalité* pour des retours temporaires de moins de 60 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*.

En zone tarifaire 2 : les garanties sont acquises à l'année dans les pays de la zone 2, y compris dans votre *Pays de nationalité* pour des retours temporaires de moins de 60 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*. Les garanties sont acquises en zone tarifaire 1 uniquement en cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée*, pendant les séjours temporaires de moins de 60 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*.

En fonction d'événements 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 ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à 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 plus de 12 ans et de moins de 41 ans pendant toute la durée du contrat ;
- résider hors de votre *Pays de nationalité* pendant la durée du contrat ;
- bénéficier d'un statut d'*Étudiant* ou *Élève* pendant toute la durée du contrat ;
- produire une photocopie de votre carte étudiante ou un certificat de scolarité en cours de validité avant le 31 octobre de chaque *Année d'assurance* ;
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Profil de santé au maximum six mois avant la *Date d'effet* du contrat.

Dans le cadre d'une couverture frais de santé en complément de la CFE, *Vous* devez également être affilié à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) pendant toute la durée du contrat et bénéficier à ce titre du régime maladie/maternité de la CFE.

Peuvent également être couverts par ce contrat les membres de votre famille (s'ils sont mentionnés sur votre *Certificat d'adhésion*) tant que les conditions pré-citées sont remplies, à savoir :

- votre *Conjoint*, à condition qu'il bénéficie également d'un statut d'*Étudiant* ou *Élève* et qu'il réside lui-même hors de son *Pays de nationalité* pendant toute la durée du contrat,
- vos *Enfants à charge*.

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 la possibilité de demander des formalités médicales complémentaires en fonction des réponses faites au Profil de santé.

Si *Vous* (ou un membre de votre famille) présentez un risque aggravé (professionnel ou médical), *Nous* pourrions 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 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant la réception et l'acceptation du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Profil de santé complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*.

5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT :

Les garanties prennent effet pour chacun des *Assurés* à la *Date d'effet* du contrat sous réserve de l'application d'un *Délai d'attente* de 10 mois pour la garantie frais de santé, pour les frais liés à la maternité.

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

5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant le 30 septembre de chaque année. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1^{er} octobre de chaque année, pour une durée d'un an, tant que les conventions restent en vigueur et sous réserve que *Vous* et chaque membre de votre famille réalisiez les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4).

La durée maximale de couverture est limitée à 5 ans.

5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle au 30/09, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée au plus tard le 31/07) ;
- b) en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 6.3) ;
- c) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés d'APRIL International à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;
- d) dès que *Vous* cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4) ;
- e) lorsque *Vous* n'êtes plus expatrié, sur présentation d'un document officiel en attestant (par exemple, une attestation d'affiliation au régime de Sécurité sociale de votre *Pays de nationalité*) ;
- f) dès que *Vous* atteignez l'âge de 41 ans ;
- g) à l'issue de 5 ans de couverture.

En cas de résiliation par l'organisme assureur ou l'Association dans le cas énoncé à l'alinéa c), l'organisme assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'*Adhérent*, des garanties frais de santé équivalentes à celles en vigueur à la date de la résiliation.

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.

5.5. 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 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 « Expat Student » n°..... Fait à
le Signature

6. COTISATIONS

L'adhésion au présent contrat ne vous dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont Vous pourriez relever.

6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

La *Cotisation* évolue au 1^{er} octobre de chaque année en fonction de l'âge de l'*Assuré*.

L'âge de l'*Assuré* pris en compte pour le calcul des *Cotisations* de la première année est l'âge de l'*Assuré* à la *Date d'effet* du contrat. Pour chaque année suivante, l'âge de l'*Assuré* pris en compte pour le calcul des *Cotisations* est l'âge de l'*Assuré* au 1^{er} octobre de l'année considérée.

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*.

La *Cotisation* est individuelle pour chaque membre de la famille assuré.

La *Cotisation* peut évoluer au 1^{er} octobre de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint, de l'option sélectionnée et du *Pays de destination*. L'état de santé de l'*Assuré* ainsi que ses dépenses médicales ne sont pas pris en compte dans le calcul de sa *Cotisation*.

En cas de modification de l'option et/ou de la zone de couverture sélectionnées à l'adhésion suite à une demande de l'*Adhérent*, il sera tenu compte pour le calcul de la *Cotisation*, de l'âge de l'*Assuré* à la date de prise d'effet de ladite modification.

6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en euros, annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement selon le mode de paiement choisi par l'*Adhérent* figurant sur sa Demande d'adhésion :

- carte bancaire,
- chèque en euro,
- virement bancaire,
- prélèvement SEPA sur un compte en France, à Monaco ou en Allemagne.

Le règlement mensuel n'est disponible qu'en cas de paiement par prélèvement SEPA.

6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?

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 l'année entière, 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*.

7. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

7.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

L'évolution de votre couverture est soumise à l'accord préalable des organismes assureurs. En cas d'acceptation, celle-ci prendra effet au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la réception de la demande de modification. Notre Service Suivi Client est à la disposition de l'*Adhérent* (Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93, E-mail : suiviclient.expats@april-international.com).

En cas de changement de *Pays de destination*, veuillez nous adresser une nouvelle attestation de scolarité émise par votre nouvel établissement.

En cas de changement de type de couverture (1^{er} euro ou complément CFE), *Vous* pourrez être soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat.

Nouveau-né : la déclaration de naissance doit nous être adressée dans le mois qui suit la naissance. À défaut, un Profil de santé sera demandé et l'adhésion du nouveau-né ne pourra prendre effet qu'au 1^{er} du mois suivant l'acceptation médicale.

7.2. 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.

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 :

- **L'Option 1** couvre les frais de santé dès le 1^{er} euro dépensé,
- **L'Option 2** couvre les frais de santé en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

L'option sélectionnée par l'*Adhérent* est portée sur le *Certificat d'adhésion*.

En cas de choix de l'Option 1, 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.

En cas de choix de l'Option 2, est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé pour des actes mentionnés au tableau des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée et qui sont prises en charge par la CFE hors dispositions contraires prévues au tableau des garanties.

Les frais sont remboursés poste par poste selon l'option choisie 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*. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de couverture pourront être indemnisés.

Pour l'Option 2 (couverture des frais de santé en complément de la CFE), les garanties sont exprimées avec la participation de la Caisse des Français de l'Étranger. *Nous* intervenons en complément, après participation de votre régime d'assurance de base.

Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné, par *Assuré* et par *Année d'assurance*, au montant indiqué au tableau des garanties (sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par la CFE en cas de choix de l'Option 2).

8.1.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION ?

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 ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 99 ou par e-mail à 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.expat@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 :

Nous pouvons effectuer un *Règlement direct de vos frais d'hospitalisation* (y compris en cas d'*Hospitalisation de jour*) 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 (valable 6 mois). Avant le début des soins, Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une *Demande d'entente préalable* accompagnée 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 ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expat@april-international.com.

Sont soumis à Accord préalable :

- les *Hospitalisations*,
- les actes en série de kinésithérapie et soins infirmiers au-delà de 10 séances par *Année d'assurance*.

En cas de grossesse, veuillez nous adresser un document attestant de votre état.

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

TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES PRESTATIONS	Option 1 : Remboursements au 1 ^{er} euro	Option 2 : Remboursements en complément de la CFE
<p>➤ Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré : 1 000 000 €</p>		
<p>HOSPITALISATION* (hors médecine courante et hors maternité)</p>		
<p><i>Hospitalisation</i> médicale, chirurgicale ou <i>Hospitalisation de jour*</i> : 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</p>	100% des <i>Frais réels</i>	remboursements en complément de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
<p><i>Hospitalisation</i> pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux*</p>	80% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 20 jours/an	
<p><i>Règlement direct des frais d'hospitalisation</i></p>	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Chambre privée	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 80 €/jour	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 80 €/jour
<p>MÉDECINE COURANTE* (hors maternité)</p>		
Consultations de médecins généralistes	100% des <i>Frais réels</i> , limités à 80 €/visite au-delà de 2 visites/an	remboursements en complément de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
Consultations de médecins spécialistes	100% des <i>Frais réels</i> , limités à 110 €/visite au-delà de 2 visites/an	
Consultations de psychiatres	100% des <i>Frais réels</i> , limités à 80 €/visite et à 5 visites/an	
Soins infirmiers** suite à <i>Hospitalisation</i> et/ou <i>Accident caractérisé</i>	100% des <i>Frais réels</i>	
Kinésithérapie**	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/an	
Analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie	100% des <i>Frais réels</i>	
<i>Soins dentaires d'urgence</i>	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 €/an	
Optique : verres et monture ou lentilles suite à <i>Accident caractérisé</i>	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 100 €/an	

* 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).

** Soumis à *Accord préalable* au-delà de 10 séances par *Année d'assurance* (se reporter au paragraphe 8.1.3).

NATURE DES PRESTATIONS	Option 1 : Remboursements au 1 ^{er} euro	Option 2 : Remboursements en complément de la CFE
> Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré : 1 000 000 €		
MATERNITÉ * Délai d'attente de 10 mois Garantie valable uniquement si votre <i>Pays de destination</i> principal est l'un des pays suivants : Canada, Chine, États-Unis, Hong-Kong, Mexique, Royaume-Uni, Singapour et Suisse		
Règlement direct des frais d'hospitalisation lors de l'accouchement	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Frais d'accouchement : <i>Hospitalisation*</i> , chambre privée, frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 7 500 €/grossesse, chambre privée limitée à 80 €/jour (montant porté à 15 000 €/grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	remboursements en complément de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
Consultations, pharmacie, examens et soins pré et post natals		
<i>Complications de grossesse et à l'accouchement</i>	100% des <i>Frais réels</i>	

* 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).

8.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

a) En cas de choix de l'Option 1



Veuillez compléter le formulaire de Demande de remboursement disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site 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 et nous le retourner dans les 6 mois qui suivent la date des soins, accompagné des pièces suivantes :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais acquittées, 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 ;
- 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 ;
- pour les remboursements des frais d'optique, Vous devez joindre la preuve que les soins sont consécutifs à un *Accident caractérisé* ;
- 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.

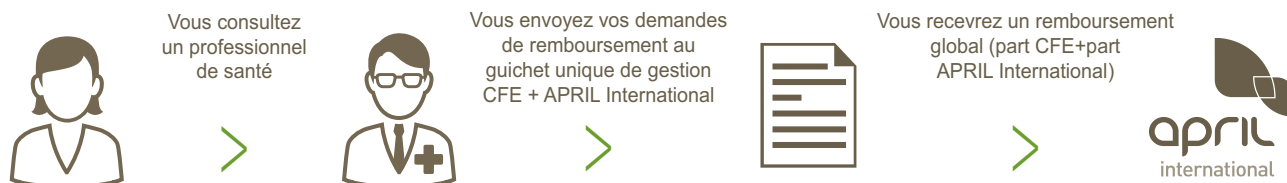
Nous nous réservons la possibilité de demander tout autre justificatif qui nous paraîtrait nécessaire afin de s'assurer que vos soins sont couverts au titre du présent contrat.

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

b) En cas de choix de l'Option 2



À noter : le service de télétransmission CFE-APRIL International Expat n'est pas disponible pour les Assurés acceptés avec une exclusion médicale particulière.

Quels documents joindre à votre demande de remboursement ?

Veillez nous adresser vos demandes de remboursement à :

CFE - s/c APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

La CFE nous transmet les décomptes qu'elle aura établis sur lesquels figurera le montant des *Frais réels*.

Nous effectuerons un seul règlement global (remboursements de la CFE et d'APRIL International réunis).

Le **formulaire de Demande de remboursement** est disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site 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.

Nous nous réservons le droit de réclamer à tout moment les justificatifs des *Frais réels*.

Vous devez nous adresser directement les pièces justificatives suivantes :

- pour le remboursement de vos *Soins dentaires d'urgence* : 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 ;
- pour le remboursement des frais d'optique : la preuve que les soins sont consécutifs à un *Accident caractérisé* ;
- votre facture d'*Hospitalisation*.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, veuillez nous avertir dans les 6 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 le numéro de compte, le code SWIFT, la domiciliation de la banque, le numéro routing - ABA),
- par virement sur un compte dans un autre pays (veuillez nous adresser le numéro de compte, le code SWIFT et la 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 sur un compte bancaire domicilié en Europe (hors France) : les frais sont partagés (50%-50% 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 (50%-50% 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-dessous ne peut donner lieu à un remboursement que si APRIL International Assistance a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès 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. RAPATRIEMENT SANITAIRE

En cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée*, 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 résidence principale dans votre *Pays de destination*,
- soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent) ou votre résidence principale 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 principale dans votre *Pays de destination*, APRIL International Assistance organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre lieu de résidence principale dans votre *Pays de destination* ou à votre lieu de domicile dans votre *Pays de nationalité*.

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, 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^{ère} 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 jours maximum à raison de 80 € par nuit.**

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

8.2.4. 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^{ère} classe en cas de décès ou d'hospitalisation supérieure à 5 jours 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.

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

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.

8.2.5. 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.

8.2.6. FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

Cette couverture a pour objet de vous garantir le remboursement des 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.

Cette garantie intervient en complément ou après épuisement de toute garantie similaire dont *Vous* pouvez bénéficier par ailleurs. Dans tous les cas, la garantie est limitée à **un maximum de 5 000 € par Assuré et jusqu'à 15 000 € par événement.**

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.

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 le service 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 du service assistance.

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

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 hauteur 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* ou vos *Proches*.

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*, 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. TRADUCTIONS DE DOCUMENTS LÉGAUX OU 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.

8.2.12. PRÉSENCE D'UN PROCHE AUPRÈS DU DÉFUNT

Si la présence sur place d'un *Membre de la famille* ou d'un *Proche* s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps de l'*Assuré* décédé et les formalités de rapatriement ou d'incinération, APRIL International Assistance met à disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si l'*Assuré* était seul sur place au moment de son décès. APRIL International Assistance organise l'hébergement sur place et prend en charge les frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) d'un *Membre de la famille* ou d'un *Proche* pour **une durée de 4 nuits consécutives maximum à concurrence de 80 € par nuit**.

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

8.2.13. RETOUR APRÈS CONSOLIDATION DANS VOTRE PAYS DE DESTINATION

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, *Vous* êtes en mesure de reprendre votre scolarité à l'*Étranger*, APRIL International Assistance,

après accord de son *Équipe médicale*, organise votre retour dans votre *Pays de destination*.

APRIL International Assistance prend en charge le titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

8.2.14. RETOUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE ASSURÉS

En cas de rapatriement sanitaire ou de rapatriement du corps de l'*Assuré*, APRIL International Assistance organise le retour au domicile des membres de la famille assurés qui voyagent avec lui.

APRIL International Assistance prend en charge un titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

8.2.15. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

Si *Vous* êtes rapatrié et que *Vous* vous trouvez dans l'impossibilité de vous occuper de vos enfants de moins de 18 ans également bénéficiaires du contrat, APRIL International Assistance met à la disposition de la personne de votre choix un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe afin de ramener vos enfants dans votre *Pays de nationalité* (ou pays d'origine si différent).

8.2.16. LIMITATIONS DE GARANTIE

Lorsqu'APRIL International Assistance organise et prend en charge un rapatriement ou un 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 à APRIL International Assistance le titre de transport non utilisé.

8.3. ASSISTANCE JURIDIQUE :

8.3.1. INFORMATIONS JURIDIQUES ET PRÉVENTION

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 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* couvert au titre de la garantie *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative (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, les 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 clairement 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 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, 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) *Bénéficiaire(s)* 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'aurait 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 l'événement**, 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. ASSURANCE EXAMEN :

Cette garantie a pour objet la prise en charge des *Frais de scolarité* suite au :

- *Redoublement* d'un *Élève* ou d'un *Étudiant* suite à son *Hospitalisation* durant les jours d'*Examen* ou de *Concours* ou survenant dans les 10 jours qui précèdent la période d'*Examen* ; cette *Hospitalisation* doit être supérieure à 3 jours sauf si elle survient la veille ou le jour d'un *Examen* ;
- *Redoublement* d'un *Élève* ou d'un *Étudiant* suite au décès consécutif à un *Accident* d'un *Membre de la famille* durant les jours d'*Examen* ou de *Concours* ou survenant dans les 10 jours qui les précèdent.

Afin de bénéficier de cette garantie, *Vous* devez impérativement être *Élève* ou *Étudiant*.

Si *Vous* êtes contraint, du fait de la survenance d'un des 2 événements cités ci-dessus, de redoubler votre année scolaire, APRIL International Assistance prend en charge le coût d'inscription scolaire ou universitaire de l'année de *Redoublement* à venir jusqu'à 10 000 €, sous réserve que :

- *Vous* soyez dans l'impossibilité de vous présenter au même *Examen* ou *Concours* organisé lors d'une session ultérieure au cours de la même année d'études,
- *Vous* soyez âgé de moins de 41 ans à la date d'inscription,
- le *Redoublement* soit effectif.

Le droit à indemnité ne peut s'exercer uniquement si *Vous* vous réinscrivez dans la même filière d'études et pour le même *Examen* ou *Concours*.

Comment bénéficiaire de la garantie ?

Vous, ou toute personne agissant en votre nom, devez déclarer, **par lettre recommandée avec avis de réception** à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, dès que *Vous* en avez connaissance, et au plus tard **dans les 5 jours après sa survenance**, tout *Sinistre* de nature à entraîner la garantie du contrat.

Quels documents joindre à votre demande ?

En cas de décès d'un *Membre de la famille* :

- le numéro de votre contrat ;
- une photocopie du dossier d'inscription dans votre établissement d'enseignement ;
- un certificat médical, adressé sous pli confidentiel et précisant la date et les causes du décès ainsi que la date des premiers symptômes et le détail des traitements en cours à la date du décès ;
- une copie de l'acte de décès ;
- toute pièce, notamment le procès-verbal des forces de police, prouvant que le décès résulte d'un *Accident* et décrivant ses circonstances.

En cas d'*Hospitalisation* de l'*Élève* ou de l'*Étudiant* :

- le numéro de votre contrat ;
- une photocopie du dossier d'inscription dans votre établissement d'enseignement ;
- une photocopie des relevés de scolarité obtenus depuis l'événement garanti ;
- un certificat du médecin ayant prescrit l'*Hospitalisation*, adressé sous pli confidentiel et décrivant les blessures et les circonstances

- de l'*Accident* ou l'origine et la nature de la maladie et précisant la première date de constatation ;
- en cas d'*Accident*, toute pièce, notamment le procès-verbal des forces de police, prouvant que l'*Hospitalisation* résulte d'un *Accident* et décrivant ses circonstances.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander, avant tout versement de l'indemnité, toute autre pièce justificative (rapport d'expertise médicale ou judiciaire, document fiscal...) pour les besoins du règlement du dossier.

Dans tous les cas, l'organisme assureur se réserve le droit d'exiger le remboursement de l'indemnité versée si *Vous* abandonnez vos études et/ou si *Vous* ne vous présentez pas aux *Examens*, sauf cas de force majeure.

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. ci-après, sont exclus de la garantie frais de santé :

- toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la *Date d'effet* du contrat ou pendant les *Délais d'attente* ;
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée ;
- 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 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 ;
- l'ergothérapie, la logopédie et le traitement des troubles psychomoteurs ;
- les consultations de psychologues ;
- les traitements de psychothérapie et les traitements ambulatoires (consultations, médicaments, tests de diagnostic et analyses) relatifs aux :
 - troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues, d'alcool et d'autres substances psycho-actives ;
 - troubles anxieux phobiques (agoraphobie, phobies sociales, panique) ;
 - troubles de l'humeur, épisodes maniaques, dépressifs, troubles affectifs bipolaires ;
 - troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie, somnambulisme), troubles du rythme veille-sommeil ;
 - troubles de la personnalité ;
- les prothèses et implants dentaires, la parodontologie et tout traitement d'orthodontie ;
- 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 d'optique, sauf s'ils font suite à un *Accident caractérisé* ;
- les frais de prothèses, sauf dans le cadre d'une *Hospitalisation* ;
- les séances de préparation à l'accouchement ;
- la thalassothérapie et les cures thermales ;
- les frais de vaccination ;
- l'opération de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- le trouble du déficit de l'attention avec ou sans l'hyperactivité ;
- 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 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 séjours dans les maisons de repos ou de convalescence ne faisant pas suite à une *Hospitalisation* suite à un *Accident* ;

- 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.

En cas de choix de l'Option 2, est également exclue toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et qui n'est pas prise en charge par la Caisse des Français de l'Étranger.

9.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7 ci-après, 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 préexistantes* 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 à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas :
 - les états de grossesse et leurs éventuelles complications et dans tous les cas après la 28^{ème} semaine d'aménorrhée ;
 - les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés ;
 - les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique, les soins de dermatologie ;
- 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 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.

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*.

Sont exclus de la garantie frais de recherche et de secours :

- les frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité pratiquée par l'*Assuré* ;
- les frais de recherche et de secours 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 ci-après, 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 Conflit 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 sa participation 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 ci-après, sont exclus de la garantie :

- les dommages résultant de toute activité professionnelle (sauf pour les *Dommmages 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, insulations 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 EXAMEN :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie, les Frais de scolarité de l'année de Redoublement à venir si :

- l'*Elève* ou l'*Etudiant* a la possibilité de se présenter au même *Examen* ou *Concours* au cours d'une session ultérieure dans l'année d'études en cours ;
- l'*Hospitalisation* est la conséquence d'un *Accident* ou d'une *Maladie inopinée* ayant fait l'objet d'un traitement médical ou d'une

Hospitalisation dans les six mois qui précèdent la date de souscription du contrat ;

- l'*Hospitalisation* de l'*Elève* ou de l'*Etudiant* n'est pas la conséquence d'un état médical grave ou si cette *Hospitalisation* peut raisonnablement être retardée.

9.7. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

Outre les Exclusions prévues pour chacune des garanties, sont exclus 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 la première année de garantie, 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 marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des *Maladies préexistantes* antérieurs à la *Date d'effet* du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales et non déclarés à l'adhésion ;
- 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, la compétition automobile, 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, le kitesurf, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, les sports de défense et de combat, ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- de la pratique d'activités sportives impliquant la présence d'un animal telles que l'équitation, les compétitions équestres et les corridas ;
- de la pratique de la chasse ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'*Assuré* a 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 la pratique de la voile et de la navigation en haute mer à titre privé ou professionnel (au-delà de 200 miles nautiques) ;
- 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 *Maladies préexistantes* survenues avant la date de signature de la Demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur la dite 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 la garantie frais de santé :

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Axéria Prévoyance (conventions n°A3MCSLDFDS1E2013 et A3MCSLDFDSRO2013), société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129 ;

pour les garanties assistance rapatriement et assurance Examen :

une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec ACE Europe (convention n°FRBOTA11959), entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100 Leadenhall street, Londres, EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre du 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.

Les garanties Responsabilité civile vie privée, stages et locative et Individuelle accident sont assurées par ACE Europe (contrat n°FRBOTA13138), entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100 Leadenhall street, Londres, EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre du 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).

La garantie assistance juridique est assurée par Solucia PJ (contrat n°10 006 609), société anonyme au capital de 7 600 000 €, régie par le Code des assurances français, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 481 997 708. Siège social : 3 boulevard Diderot, CS 31246, 75590 Paris Cedex 12, FRANCE.

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

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 Expat Student 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 cœur 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

Pour votre information, nos assureurs partenaires Axéria Prévoyance (90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, 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 1 73 02 93 93 et par e-mail à suiviclient.exp@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 œuvre 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 - 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)
Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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