

# CONDITIONS GÉNÉRALES 2015

---

Réf : Ec 2015

# EURO COVER +



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



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.expatri@april-international.com](mailto:info.expatri@april-international.com)

## SOMMAIRE

<b>1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT.....</b>	<b>P.3</b>
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION.....	p.3
1.2. SERVICE DE TIERS PAYANT EN FRANCE.....	p.3
1.3. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	p.3
1.4. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE.....	p.4
1.5. SERVICE DE 1 <sup>ER</sup> AVIS MÉDICAL.....	p.4
1.6. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE.....	p.4
1.7. SERVICES EN LIGNE.....	p.4
1.8. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?.....	p.4
<b>2. DÉFINITIONS.....</b>	<b>P.5</b>
2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES.....	p.5
2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	p.5
2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	p.6
2.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE.....	p.6
2.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE.....	p.7
2.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE.....	p.7
2.7. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE.....	p.7
<b>3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT.....</b>	<b>P.7</b>
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?.....	p.7
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?.....	p.7
<b>4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?.....</b>	<b>P.8</b>
<b>5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT.....</b>	<b>P.9</b>
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.10
<b>6. COTISATIONS.....</b>	<b>P.10</b>
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.11
<b>7. AJUSTEMENT DES GARANTIES ET DES COTISATIONS.....</b>	<b>P.11</b>
<b>8. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT.....</b>	<b>P.11</b>
8.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?.....	p.11
8.2. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?.....	p.11
<b>9. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?.....</b>	<b>P.11</b>
9.1. FRAIS DE SANTÉ.....	p.11
9.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	p.17
9.3. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE.....	p.20
9.4. ASSISTANCE JURIDIQUE.....	p.21
9.5. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE/DOUBLE EFFET.....	p.23
9.6. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE.....	p.24
<b>10. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT.....</b>	<b>P.27</b>
<b>11. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....</b>	<b>P.30</b>
11.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?.....	p.30
11.2. CADRE LÉGAL.....	p.30
11.3. PRESCRIPTION.....	p.31
11.4. SUBROGATION.....	p.31
11.5. CONTRÔLE.....	p.31
11.6. CONCILIATION - RÉCLAMATION.....	p.31
11.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	p.31

### Remarque :

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

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

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

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

## 1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

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

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.

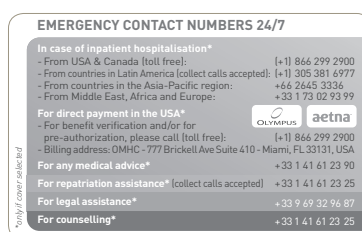
*Nous* vous informons qu'il est impératif de nous contacter préalablement à toute *Hospitalisation*. En cas de non respect de cette formalité, une *Franchise* de 20% sera appliquée à votre remboursement.

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 9.1.2.

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

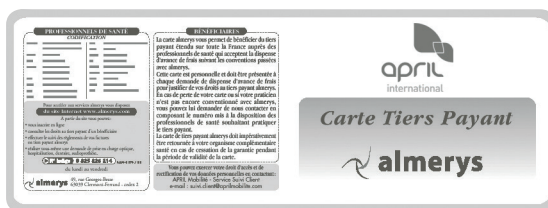
- à partir des USA et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des pays d'Amérique Latine, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0)2 645 3336,
- à partir des pays du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Europe, composer le +33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

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



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

Une carte dite de « tiers payant » vous est remise lors de votre adhésion si votre *Pays d'expatriation* ou votre *Pays de nationalité* est la France et si *Vous* avez sélectionné une *Franchise* par acte de 0 € (une nouvelle carte vous est adressée à chaque fin d'année sous réserve de renouvellement de votre contrat). 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 Almerys. 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 les dépenses suivantes :

- pharmacie,
- analyses.

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 ou une exclusion de risques professionnels).**

### 1.3. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

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

Il est impératif d'avoir l'accord préalable d'APRIL International Assistance (voir paragraphe 9.2).

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.

#### 1.4. 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.

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

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

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

#### 1.6. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE :

**Pour bénéficier du service d'assistance juridique** (voir paragraphe 9.4.), veuillez nous contacter :

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

#### 1.7. SERVICES EN LIGNE :

Depuis le site [www.april-international.com](http://www.april-international.com), Vous avez accès à votre Espace Client sécurisé.

**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 9.1) :

- 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.

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

**Pour envoyer une Demande de remboursement :**

Complétez le formulaire de Demande de remboursement **en y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales** (voir paragraphe 9.1.4) et adressez ces éléments à :

**APRIL International Expat**

Service Remboursements

110, avenue de la République

CS 51108

75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

**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](mailto:remboursement.expat@april-international.com) (voir paragraphe 9.1.3). En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* » (voir paragraphe 9.1.2).

**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.**

## 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.  
**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 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 Euro Cover + et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, les garanties et formules sélectionnées. 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.  
**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*.  
**D.R.O.M.** (Départements et Régions d'Outre Mer) : Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion.
- E EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- 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 D'EXPATRIATION** : 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* ».  
**ASSURÉ, « VOUS »** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties frais de santé 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*.  
**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 môme. 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.
- E ENFANT À CHARGE** : votre enfant, celui de votre *Conjoint* :  
- âgé de moins de 21 ans ;  
- âgé de moins de 26 ans, poursuivant ses études.  
L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier...) ou accessoirement (petit travail d'appoint...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie dans le cadre de cette activité.
- F FRAIS RÉELS** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.  
**FRANCHISE** : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.
- H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) 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.
- M MALADIES REDOUTÉES** : Accidents Vasculaires Cérébraux, Cancers, Diabète de type 1, Hépatite C, Infection VIH, Infarctus du myocarde, Insuffisance rénale chronique terminale, Légionellose, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Charcot, Maladie de Creutzfeldt-Jakob, Myocardiopathie, Myopathies, Polyarthrite évolutive chronique, Sclérose en plaques, SIDA.
- 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.
- V VACCINS LIÉS AUX VOYAGES** : Antirovirus (gastro-entérite), Choléra, Encéphalite à tiques, Encéphalite japonaise, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Hépatite C, Leptospirose, Maladie de Lyme, Méningite, Paludisme, Rage, Tuberculose.

### 2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

- A ASSURÉ, « VOUS »** : personne physique expatriée, âgée de moins de 71 ans, bénéficiaire d'un contrat Euro Cover +, résidant hors de son *Pays de nationalité*.  
Dans le cadre d'une adhésion famille, sont également assurés, pour autant qu'ils résident dans votre *Pays d'expatriation* :  
- votre *Conjoint*,  
- vos enfants célibataires et fiscalement à charge jusqu'à 31 ans.  
Les enfants de moins de 31 ans, poursuivant des études et ne vivant pas sous le même toit, sont également couverts.
- 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, petits-enfants, grands-parents ou votre tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.
- P PROCHE** : toute personne physique désignée par *Vous* ou un de vos ayants droit et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.

### 2.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

- A ASSURÉ** : voir définition au paragraphe 2.2.
- 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.
- E ENFANT À CHARGE** : voir définition au paragraphe 2.2.
- F FAUTE INEXCUSABLE** : faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, dont l'auteur devait avoir conscience du danger, commise en l'absence de toute cause justificative, ne revêtant pas d'élément intentionnel. Une faute intentionnelle résulte de la volonté délibérée de nuire à autrui.  
**FRANCHISE** : voir définition au paragraphe 2.2.

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

## 2.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE :

**L LITIGE, CONFLIT OU DIFFÉREND** : désaccord ou contestation d'un droit dont le caractère préjudiciable ou répréhensible peut motiver une réclamation ou des poursuites vous opposant à un *Tiers identifié*.

**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.

## 2.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :

**A ASSURÉ, « VOUS »** : *Assuré principal* et/ou son *Conjoint* s'il est lui-même expatrié.

**B BÉNÉFICIAIRE** : personne(s) physique(s) choisie(s) par l'*Assuré* pour recevoir les prestations d'assurance. En cas de décès de l'*Assuré*, le capital est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* indiqué(s) sur la Demande d'adhésion ou désigné(s) ultérieurement par l'*Assuré*. L'*Assuré* peut 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(s)* peut en outre être effectuée par acte sous seing privé (par exemple, une lettre ou un fax daté[e] et signé[e]) ou par acte authentique (par exemple, un acte délivré par un notaire ou par un officier public assermenté).

Lorsque le *Bénéficiaire* est nommément désigné, l'*Assuré* peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier.

Les conséquences de l'acceptation du *Bénéficiaire* sont les suivantes :

L'*Assuré* doit donner son accord préalable à toute acceptation du bénéfice du contrat par la personne désignée. L'acceptation peut prendre la forme, soit d'un avenant signé de l'organisme assureur, de l'*Assuré* et du *Bénéficiaire*, soit d'un acte authentique ou sous seing privé signé de l'*Assuré* et du *Bénéficiaire* et notifié à l'organisme assureur.

L'acceptation du *Bénéficiaire* rend sa désignation irrévocable, sauf renonciation écrite de sa part.

À défaut de désignation de *Bénéficiaire(s)* ou si la désignation faite s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées au *Conjoint* survivant non séparé de corps judiciairement de l'*Assuré* au moment de l'exigibilité du capital garanti, à défaut à ses enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut à ses héritiers.

Pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, le *Bénéficiaire* est l'*Assuré*.

**E ENFANT À CHARGE** : voir définition au paragraphe 2.2.

## 2.7. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :

**A ASSURÉ, « VOUS »** : *Assuré principal* et/ou son *Conjoint* s'il est lui-même expatrié.

**C CONSOLIDATION** : stabilisation durable de l'état de santé de l'*Assuré*, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation. L'état de santé sera également considéré comme consolidé dès lors qu'il est possible d'apprécier un taux d'invalidité permanente totale ou partielle.

**F FRANCHISE** : période d'arrêt de travail n'ouvrant pas droit aux indemnités versées par l'organisme assureur.

## 3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

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

L'adhésion au présent contrat vous garantit en fonction des garanties et formules sélectionnées, les prestations suivantes :

- remboursement de frais de santé,
- assistance rapatriement,
- *Responsabilité civile* vie privée,
- assistance juridique,
- capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie,
- indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

Ces garanties peuvent être sélectionnées indépendamment, sauf la garantie *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique qui doit être choisie en complément d'une autre garantie et la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale qui implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

### 3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Toutes les garanties sont acquises à l'année dans la zone Europe et pays méditerranéens (hors *Pays de nationalité*).

Sont inclus dans la zone Europe et pays méditerranéens les pays suivants : Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Egypte, Espagne, Estonie, Finlande, France (France métropolitaine et *D.R.O.M.*), Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Libye, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie, Ukraine.

#### **Pour la garantie frais de santé :**

La garantie frais de santé est valable pour tous les soins effectués dans la zone Europe et pays méditerranéens (hors *Pays de nationalité*). La couverture dans votre *Pays de nationalité* est valable pour tous les soins effectués lors de séjours temporaires n'excédant pas 30 jours consécutifs.

Si votre *Pays de nationalité* est situé dans la zone Europe et pays méditerranéens, *Vous* pouvez sélectionner l'option « Extension permanente de la garantie frais de santé au *Pays de nationalité* » afin d'être couvert à l'année dans votre *Pays de nationalité*.

La garantie frais de santé est également valable en cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée* survenant dans le reste du monde lors de séjours temporaires n'excédant pas 30 jours consécutifs.

#### **Pour la garantie assistance rapatriement :**

La garantie assistance rapatriement est valable à l'année dans la zone Europe et pays méditerranéens (y compris dans votre *Pays de nationalité* si celui-ci se situe dans cette zone). La garantie est étendue à votre *Pays de nationalité* (si celui-ci n'est pas situé dans la zone Europe et pays méditerranéens) et au reste du monde lors de séjours temporaires n'excédant pas 90 jours consécutifs.

#### **Pour les garanties *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique - Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie - Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :**

Les garanties *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique, capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale sont valables à l'année dans la zone Europe et pays méditerranéens (hors *Pays de nationalité*). Les garanties sont étendues à votre *Pays de nationalité* et au reste du monde lors de séjours temporaires n'excédant pas 30 jours consécutifs.

#### **En fonction d'évènements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est exclue.**

La liste complète des pays exclus est disponible sur le site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com). Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

## **4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?**

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

- être âgé, au moment de la *Date d'effet* du contrat, de :
  - moins de 71 ans pour les garanties frais de santé et assistance rapatriement,
  - moins de 65 ans pour les garanties *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique,
  - plus de 18 ans et de moins de 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale,
- séjourner en dehors de votre *Pays de nationalité* : en France ou dans un ou plusieurs pays de la zone Europe et pays méditerranéens, pendant la durée du contrat ; si votre *Pays de nationalité* est situé dans la zone Europe et pays méditerranéens, *Vous* avez la possibilité de sélectionner l'option « Extension permanente de la garantie frais de santé au *Pays de nationalité* »,
- pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, joindre lors de votre adhésion une copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
- pour la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, exercer une activité professionnelle, sans aménagement du temps ou des conditions de travail pour raison de santé,
- 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.

#### **Peuvent également être couverts par ce contrat les membres de votre famille (dès lors qu'ils sont mentionnés sur votre *Certificat d'adhésion*) tant que les conditions précitées sont remplies, à savoir :**

- Pour la garantie assistance rapatriement :
  - votre *Conjoint*,
  - vos enfants célibataires et fiscalement à charge jusqu'à 31 ans. Les enfants de moins de 31 ans, poursuivant des études et ne vivant pas sous le même toit, sont également couverts.
- Pour les garanties frais de santé et *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique :
  - votre *Conjoint*,
  - vos *Enfants à charge*.
- Pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :
  - votre *Conjoint*, s'il est lui-même expatrié.

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 et *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<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception 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* et sous réserve de notre acceptation concrétisée par l'émission du *Certificat d'adhésion* précisant les garanties sélectionnées.

### 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 des *Délais d'attente* suivants pour la garantie frais de santé :

- 3 mois pour les frais de soins dentaires, de parodontologie et d'endodontie,
- 6 mois pour les frais de prothèses et d'implants dentaires, d'orthodontie, d'optique (lentilles, monture, verres),
- 10 mois pour les frais liés à la maternité,
- 12 mois pour les frais de procréation médicalement assistée.

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

**Les *Délais d'attente* peuvent être abrogés (sauf ceux applicables à la maternité) si Vous justifiez avoir bénéficié de garanties « frais de santé » au moins équivalentes à celles du contrat Euro Cover + au cours du mois précédant la date de prise d'effet du présent contrat.**

**Cette abrogation des *Délais d'attente* est soumise à notre accord suite à l'étude du *Certificat de radiation* que Vous nous aurez transmis accompagné du détail des garanties dont Vous bénéficiez précédemment.**

### 5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, pour une durée d'un an, tant que les conventions restent en vigueur.

Vos garanties frais de santé sont viagères dès la date d'adhésion, c'est-à-dire que l'organisme assureur ne pourra résilier votre contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe 5.4.

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

- a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée avant le 31/10). L'*Adhérent* a la faculté de résilier séparément les garanties qui composent son contrat (la garantie *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique ne peut être sélectionnée seule et la sélection de la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie) ;
- 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* ou une copie de votre nouveau contrat de travail) ;
- f) dès que Vous atteignez l'âge de :
  - 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie, indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique,
  - 71 ans pour la garantie assistance rapatriement.

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. Après l'expiration d'un délai de deux ans suivant la *Date d'effet* du contrat, les mêmes dispositions sont applicables aux garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

### 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 a été indûment réglé 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.

### Pour les garanties capital décès, perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :

La signature de la Demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent. L'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours suivant la date de réception du Certificat d'adhésion. La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. L'Adhérent sera alors remboursé des sommes qu'il aura éventuellement réglées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Si l'Assuré demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de 30 jours, le droit de renonciation n'est plus applicable.

### 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 Euro Cover + 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<sup>er</sup> janvier 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<sup>er</sup> janvier 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.

**En cas d'adhésion familiale pour la garantie frais de santé, c'est la tranche d'âge de l'Assuré le plus âgé qui détermine le montant de la Cotisation. Au delà de 65 ans, la Cotisation est individuelle.**

La Cotisation peut évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint, de la profession, du pays de résidence, des garanties et formules sélectionnées et de l'adhésion individuelle ou familiale. 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 du niveau de garantie sélectionné 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. AJUSTEMENT DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

Les garanties et les *Cotisations* des garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale sont revalorisées le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année de 2% tant que le contrat est en cours. Pour la détermination des prestations dues, les sommes assurées sont celles en vigueur au jour du décès ou de l'arrêt de travail.

## 8. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

### 8.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

L'*Adhérent* peut modifier à tout moment le montant des garanties qu'il a choisi initialement (la prise d'effet se fait au plus tôt le 1<sup>er</sup> du mois suivant la réception de sa 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.expat@april-international.com).

En cas d'augmentation des garanties, *Vous* serez soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat.

En cas de changement de formule frais de santé en cours d'adhésion, les forfaits (dentaire, optique [...]) ne sont pas cumulatifs.

**Nouveau-né : la déclaration de naissance doit nous être adressée dans le mois qui suit la naissance. À défaut, un Profil de santé sera réclamé et l'adhésion du nouveau-né ne pourra prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> du mois suivant notre acceptation médicale.**

### 8.2. 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 professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

## 9. 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*.

### 9.1. 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.

### 9.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

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.

**Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule et le niveau de *Franchise* choisis, 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.

Trois formules au choix sont disponibles selon votre niveau d'exigence : Formule 1, Formule 2 et Formule 3 ainsi que 3 niveaux de *Franchise* par acte (hors *Hospitalisation*) : 0 €, 20 € ou 40 €. La formule et le niveau de franchise sélectionnés par l'*Adhérent* sont portés sur votre *Certificat d'adhésion*.

En cas de sélection de l'option « **Extension permanente de la garantie frais de santé au *Pays de nationalité*** », Vous bénéficiez alors des garanties mentionnées sur votre *Certificat d'adhésion* dans votre *Pays de nationalité* sans limitation de durée.

**Cette option ne peut être sélectionnée que si votre *Pays de nationalité* est situé dans la zone Europe et pays méditerranéens.**

#### **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 pour chacune des formules.

## GARANTIES

FORMULES	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
<b>Montant maximum des frais de santé par <i>Année d'assurance</i> et par <i>Assuré</i></b>	<b>750 000 €</b>	<b>1 500 000 €</b>	<b>2 000 000 €</b>

FORMULES	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
<b>HOSPITALISATION* (hors médecine, maternité, procréation médicalement assistée)</b>			
<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 Honoraires médicaux et chirurgicaux Examens, analyses, médicaments Actes médicaux	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Hospitalisation à domicile	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Chambre privée (y compris frais de téléphonie, de télévision et internet)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 40 €/jour	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 60 €/jour	100% des <i>Frais réels</i> jusqu'à 80 €/jour
<i>Règlement direct des frais d'hospitalisation</i>	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Lit d'accompagnement pour enfant	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 €/jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 45 €/jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 60 €/jour (enfant de moins de 16 ans)
<i>Hospitalisation</i> pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours/an

\* Toute *Hospitalisation* (hors *Hospitalisation de jour*) 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 9.1.2 et 9.1.3).

FORMULES	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
<b>HOSPITALISATION* (hors médecine, maternité, procréation médicalement assistée)</b>			
Rééducation en lien direct et suite à une <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un <i>Accident</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Traitement du cancer (chimiothérapie et radiothérapie)	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Traitement du SIDA	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Transplantation d'organe	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
<b>MÉDECINE (hors maternité, procréation médicalement assistée et dentaire)</b>			
Consultations auprès de médecins généralistes	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 40 €/acte	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 60 €/acte	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 100 €/acte
Consultations auprès de médecins spécialistes	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 60 €/acte	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 80 €/acte	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 €/acte
Consultations auprès de psychiatres	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 60 €/acte, jusqu'à 5 visites/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 80 €/acte, jusqu'à 5 visites/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 €/acte, jusqu'à 5 visites/an
Médecines douces : consultations auprès d'ostéopathes, homéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, phytothérapeutes et diététiciens	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 40 €/acte	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 60 €/acte	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 100 €/acte
Kinésithérapie, ergothérapie, logopédie, psychomotricité	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 25 €/séance, jusqu'à 10 séances/an sauf après chirurgie jusqu'à 20 séances/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 35 €/séance, jusqu'à 20 séances/an sauf après chirurgie jusqu'à 40 séances/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 50 €/séance, jusqu'à 30 séances/an sauf après chirurgie jusqu'à 60 séances/an
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier (y compris analyses et radiographies)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/jour	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 700 €/jour	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/jour
Analyses	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Radiographies, scanners, IRM, échographies, électrocardiogrammes	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)*	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 700 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/an
Traitement du cancer	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Traitement du SIDA	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
<b>PHARMACIE (hors maternité, procréation médicalement assistée et dentaire)</b>			
Médicaments et traitements (y compris homéopathie et phytothérapie)	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>

\* Soumis à *Accord préalable* (se reporter aux paragraphes 9.1.2 et 9.1.3).

FORMULES	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
<b>APPAREILLAGES ET PROTHÈSES* (hors optique et dentaire)</b>			
Sans Hospitalisation	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 200 €/prothèse	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 400 €/prothèse	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 700 €/prothèse
Avec Hospitalisation prise en charge par APRIL International	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 2 000 €/Hospitalisation	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 3 000 €/Hospitalisation	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 4 000 €/Hospitalisation
<b>PRÉVENTION</b>			
Vaccins	100% des <i>Frais réels</i> (couverture jusqu'à 50 €/an pour les <i>Vaccins liés aux voyages</i> )	100% des <i>Frais réels</i> (couverture jusqu'à 100 €/an pour les <i>Vaccins liés aux voyages</i> )	100% des <i>Frais réels</i> (couverture jusqu'à 150 €/an pour les <i>Vaccins liés aux voyages</i> )
Dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, de la cavité buccale, de la peau, de la prostate et du cancer colorectal	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Autres dépistages (hépatite B, troubles de l'audition, dépistage néo-natal, test du VIH...)	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Ostéodensitométrie (recherche d'une pathologie d'ostéoporose)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 50 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 75 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 100 €/an
<b>MATERNITÉ* Délai d'attente de 10 mois</b>			
Règlement direct des frais d'hospitalisation en cas d'accouchement	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Frais d'accouchement : hospitalisation, chambre privée, frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à <b>3 500 €/grossesse</b> (montant porté à <b>7 000 €/grossesse</b> en cas d'accouchement chirurgical)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à <b>5 000 €/grossesse</b> (montant porté à <b>10 000 €/grossesse</b> en cas d'accouchement chirurgical)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à <b>8 000 €/grossesse</b> (montant porté à <b>16 000 €/grossesse</b> en cas d'accouchement chirurgical)
Accouchement à domicile			
Consultations, pharmacie, examens et soins pré et post natals			
Kinésithérapie post accouchement			
Séances de préparation à l'accouchement (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme)			
Test de dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal uniquement			
Diagnostic des anomalies chromosomiques			
Complications de grossesse et à l'accouchement	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>

\* Soumis à Accord préalable (se reporter aux paragraphes 9.1.2 et 9.1.3).

FORMULES	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
<b>PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE : Délai d'attente de 12 mois**</b>			
Pharmacie	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 200 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 400 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 600 €/an
Fécondation in vitro			
Analyses			
Examens de suivi			

**DENTAIRE : Délai d'attente de 3 mois\*\* pour les soins dentaires, la parodontologie et l'endodontie et 6 mois\*\* pour les prothèses, les implants et l'orthodontie**

Soins dentaires	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 600 €/an et jusqu'à 1 000 €/an à partir de la 2 <sup>ème</sup> année	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/an et jusqu'à 1 500 €/an à partir de la 2 <sup>ème</sup> année	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 500 €/an et jusqu'à 2 000 €/an à partir de la 2 <sup>ème</sup> année
Parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales) et endodontie			
Prothèses et implants*			
Orthodontie jusqu'à 16 ans*	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 400 €/an, pendant 2 ans maximum	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 800 €/an, pendant 2 ans maximum	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 200 €/an, pendant 2 ans maximum

**OPTIQUE : Délai d'attente de 6 mois\*\***

Verres et monture, lentilles cornéennes y compris jetables	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 200 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 400 €/an
--	---	---	---

\* Soumis à *Accord préalable* (se reporter aux paragraphes 9.1.2 et 9.1.3).

\*\* *Délai d'attente* abrogé si Vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois, sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du Certificat de radiation correspondant (se reporter au paragraphe 5.2).

### 9.1.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION ?

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

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

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

Le formulaire *Attestation médicale confidentielle* est disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 99 ou par e-mail à [info.exp@april-international.com](mailto:info.exp@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.exp@april-international.com](mailto:hospitalisation.exp@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 9.1.4. pour savoir comment obtenir le remboursement de la facture que *Vous* avez réglée.

### 9.1.3. 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](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com).

#### **Sont soumis à *Accord préalable* :**

- les *Hospitalisations*,
- les actes en série (soins infirmiers, orthophonistes...) au-delà de 20 séances par *Année d'assurance*,
- les prothèses et implants dentaires dont le coût est supérieur à 1 200 €,
- les traitements d'orthodontie,
- les appareillages et prothèses dont le coût est supérieur à 400 €.

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

Pour l'orthodontie, le traitement doit débuter avant les 16 ans de l'*Assuré*. La durée du traitement est limitée à 2 ans.

**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.expats@april-international.com](mailto:remboursement.expats@april-international.com)

### 9.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE *DEMANDE DE REMBOURSEMENT* ?



#### **Pour obtenir un remboursement :**

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



**Veillez 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

**Cas particulier pour les soins survenus en France :**

Lors de votre adhésion, une carte de tiers payant vous est remise pour vos soins en France (se reporter au paragraphe 1.2). Sur présentation de cette carte auprès des professionnels de santé membres du réseau Almerys, *Vous* êtes dispensé de régler le professionnel de santé dans la limite des garanties prévues dans votre contrat.

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, la domiciliation de la banque).

Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais 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 9.1.**

**9.2. 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.

**9.2.1. 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.

**9.2.2. 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 d'expatriation*,
- soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent) ou votre résidence principale dans votre *Pays d'expatriation*.

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 d'expatriation*, 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 d'expatriation* ou à votre lieu de domicile habituel 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.**

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

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à 6 jours consécutifs, APRIL International Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe pour se rendre sur place. Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* en âge de majorité juridique. APRIL International Assistance organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) pendant **10 jours maximum à raison de 80 € par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.**

### 9.2.4. AVANCE DE FRAIS MÉDICAUX EN CAS D'HOSPITALISATION DANS VOTRE PAYS D'EXPATRIATION

Si *Vous* êtes hospitalisé dans votre *Pays d'expatriation* et si *Vous* ne bénéficiez pas des garanties frais de santé délivrées par APRIL International dans votre *Pays d'expatriation*, suite à une atteinte corporelle grave, APRIL International Assistance procède à l'avance des frais médicaux et chirurgicaux prescrits par toute *Autorité médicale* à **concurrence de 15 000 €**. APRIL International Assistance vous demandera (ou à l'un de vos ayants droit) un chèque de caution ou une reconnaissance de dette égale au montant de l'avance. Le remboursement des sommes avancées est effectué par débit de votre carte bancaire, à défaut *Vous* vous engagez à en effectuer le remboursement dans un délai maximum de 30 jours calculé à partir de la date d'expédition de la demande de remboursement émise par APRIL International Assistance. Des poursuites seront engagées si le remboursement des frais médicaux n'est pas effectué dans le délai prévu.

### 9.2.5. 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 personne et 15 000 € par événement.**

### 9.2.6. 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 1 500 € 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.

### 9.2.7. 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<sup>ère</sup> classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

### 9.2.8. RETOUR APRÈS CONSOLIDATION DANS VOTRE PAYS D'EXPATRIATION

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, *Vous* êtes en mesure de reprendre votre activité professionnelle, APRIL International Assistance, après accord de son *Équipe médicale*, organise votre retour dans votre *Pays d'expatriation*.

APRIL International Assistance prend en charge le titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe.

#### 9.2.9. 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<sup>ère</sup> classe.

Cette garantie ne peut être mise en oeuvre 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 50 € par nuit.**

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

#### 9.2.10. 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 est 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.

#### 9.2.11. ASSISTANCE JURIDIQUE À L'ÉTRANGER (SAUF DANS VOTRE PAYS DE NATIONALITÉ)

À la suite d'une infraction involontaire aux lois et règlements en vigueur commise dans votre *Pays d'expatriation*, et pour tout acte non qualifié de crime, APRIL International Assistance intervient, sur demande écrite, si une action est engagée contre *Vous*.

Cette garantie ne s'applique pas pour les faits en relation avec votre activité professionnelle.

APRIL International Assistance prend en charge les frais d'avocat sur place **à concurrence de 1 500 € maximum par événement.**

#### 9.2.12. 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.

#### 9.2.13. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

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

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

#### 9.2.14. ASSISTANCE VOYAGE

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 1 500 € par événement** afin de vous permettre d'effectuer vos achats de première nécessité.

En cas de perte ou de 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.**

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

APRIL International Assistance met à votre disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe en cas de décès ou d'hospitalisation supérieure à 5 jours 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.

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.

#### 9.2.16. 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<sup>ère</sup> classe afin de ramener vos enfants dans votre *Pays de nationalité*.

#### 9.2.17. TRADUCTIONS DE DOCUMENTS LÉGAUX ET ADMINISTRATIFS

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

#### 9.2.18. 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.**

### 9.3. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

#### 9.3.1. OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie couvre les conséquences financières des dommages dont *Vous* et les membres de votre famille assurés seraient reconnus responsables au cours de la vie privée y compris sur le trajet « domicile-lieu de travail » et retour, en dehors de toute activité professionnelle.

La garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un **dommage causé à autrui** pendant la durée du voyage et du séjour en dehors du *Pays de nationalité* vous incombe ainsi qu'à toute personne pour laquelle *Vous* devez répondre.

#### 9.3.2. PLAFONDS DE LA GARANTIE

*Dommages corporels, matériels et immatériels* consécutifs : **jusqu'à 7 500 000 € par Sinistre et par Année d'assurance**, dont :

- Faute inexcusable : **jusqu'à 300 000 € par victime et jusqu'à 1 500 000 € par Année d'assurance**,
- *Dommages matériels et immatériels* consécutifs : **jusqu'à 750 000 € par Sinistre et par Année d'assurance. Franchise de 150 € par Sinistre**,
- Dommages : **jusqu'à 150 000 € par Sinistre et par Année d'assurance. Franchise de 150 € par Sinistre**. Les dommages comprennent également les incendies, explosions et dégâts des eaux, causés aux bâtiments que *Vous* avez pris en location ou empruntés pour l'organisation de cérémonies familiales.

#### Comment bénéficier 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.

#### 9.3.3. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

##### Désaccord

En cas de désaccord au sujet des mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge de l'organisme assureur.

Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance peut en décider autrement lorsque *Vous* avez mis en oeuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si *Vous* avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et avez obtenu une solution plus favorable que celle qui a été proposée par l'organisme assureur ou par la tierce personne mentionnée ci-dessus, l'organisme assureur vous rembourse les frais que *Vous* avez exposés dans la limite du montant de la garantie.

Lorsque la procédure définie ci-dessus est mise en oeuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie et que *Vous* êtes susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

##### Choix de l'avocat

En cas de procédure judiciaire ou administrative nécessitant l'intervention d'un avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour représenter vos intérêts, *Vous* en avez le libre choix, les honoraires étant versés directement par l'organisme assureur. Si *Vous* ne connaissez pas d'avocat, l'organisme assureur peut en mettre un à votre disposition. Ce libre choix s'exerce également lorsque survient un conflit d'intérêt entre *Vous* et l'organisme assureur.

### Procédure - Transactions

En cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par le présent contrat, l'organisme assureur se réserve le droit, dans la limite de cette garantie, de diriger le procès et d'exercer toutes voies de recours devant toutes juridictions civiles, commerciales ou administratives.

**Au cas où Vous feriez obstacle à l'exercice de cette faculté, l'organisme assureur serait en droit de vous opposer la déchéance de votre garantie.**

En cas de procédure devant les juridictions pénales et si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, l'organisme assureur a la faculté avec votre accord, de diriger la défense sur le plan pénal ou de s'y associer. À défaut de cet accord, l'organisme assureur peut, néanmoins, assumer la défense de vos intérêts civils. L'organisme assureur peut également exercer toutes voies de recours en votre nom, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'intérêt pénal n'est plus en jeu. Dans le cas contraire, l'organisme assureur ne peut les exercer qu'avec votre accord.

Vous vous interdisez, dans la limite de la garantie, de transiger avec les personnes lésées.

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant en dehors de l'organisme assureur ne lui est opposable ; n'est pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel.

## 9.4. ASSISTANCE JURIDIQUE :

### 9.4.1. 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**. Le numéro de votre contrat vous sera demandé pour l'utilisation de ce service.

### 9.4.2. 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* garanti au titre de la garantie *Responsabilité civile* vie privée (voir paragraphe 9.3.), dès lors que Vous n'êtes pas représenté par l'avocat mandaté par l'organisme assureur pour la défense des intérêts civils.
- **Domaine logement** : Vous êtes garanti pour les *Conflits* avec le propriétaire de votre logement. Seront notamment pris en charge les *Litiges* relatifs aux travaux intérieurs d'entretien, d'aménagement ou d'embellissement, les *Litiges* relatifs aux troubles de voisinage ou aux problèmes de charges.
- **Domaine administration** : Vous êtes garanti pour les *Litiges* que Vous rencontrez avec les administrations locales (hors administration fiscale), les services publics et les collectivités territoriales.
- **Domaine achat internet** : Vous êtes garanti pour les *Litiges* relatifs à la transaction effectuée sur un site internet.
- **Domaine recours** : l'organisme assureur intervient pour réclamer au responsable identifié la réparation d'un dommage matériel ou corporel que Vous subissez à la suite d'un *Accident*.

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

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

### Recherche d'une solution amiable

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

### Prise en charge des frais de justice

Si aucune solution amiable n'est envisageable, ou lorsque la situation le nécessite, l'organisme assureur porte votre *Litige* devant la juridiction compétente et prend alors en charge les frais engendrés (les frais d'avocat, les frais d'expertise judiciaire, les frais et honoraires d'avoué et d'huissier de justice) par toute action en justice dans la limite des plafonds 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
Recours précontentieux en matière administrative	90 € pour chacune des interventions suivantes
Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	

FRAIS DE JUSTICE COUVERTS (SUITE)	PLAFONDS
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 et 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 le choisir 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 bénéficier 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, par e-mail à [expat@soluciapj.fr](mailto:expat@soluciapj.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 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.

## 9.5. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE/DOUBLE EFFET :

### 9.5.1. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

#### a) Choix et montant du capital

Cette garantie a pour objet de verser au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital en cas de décès si *Vous* décédez avant votre 65<sup>ème</sup> anniversaire.

Le choix du montant du capital garanti varie entre 20 000 € et 400 000 €. Le montant de ce capital est fixé librement par l'*Adhérent*. Ultérieurement, l'*Adhérent* a la possibilité d'opter pour un montant différent ; en cas de choix de capital supérieur, des formalités médicales seront demandées.

#### b) Garantie décès toutes causes

Si *Vous* décédez, quelle qu'en soit la cause, l'organisme assureur verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital égal à 100% du capital choisi.

#### c) Garantie décès par Accident

Si *Vous* décédez consécutivement à un *Accident*, l'organisme assureur verse un capital supplémentaire égal à 100% du capital choisi et versé au titre de l'alinéa b) ci-dessus.

**La garantie s'applique à condition que le décès survienne, au plus tard, six mois après l'Accident.**

#### d) Formalités à accomplir en cas de *Sinistre* et paiement des prestations

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

- un extrait de l'acte de décès ;
- un certificat médical du médecin ayant constaté le décès, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ;
- un rapport de police ou de toute autre autorité compétente en cas de décès suite à un *Accident* ;
- tout document prouvant l'identité du ou des *Bénéficiaire(s)*.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander des pièces complémentaires.

Le règlement du capital est effectué au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) dans les quinze jours suivant la date de réception des pièces justificatives et étude du dossier par l'organisme assureur.

### 9.5.2. GARANTIE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

#### a) Définition de la garantie

Perte totale et irréversible d'autonomie : votre inaptitude totale et irrémédiable médicalement constatée à tout travail ou occupation pouvant vous procurer gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire.

La perte totale et irréversible d'autonomie, due à une maladie ou un *Accident* garanti(e) au titre du présent contrat et constatée avant votre 65<sup>ème</sup> anniversaire, est assimilée au décès. Le capital assuré en cas de décès, déterminé par référence à la date de constatation médicale de la perte totale et irréversible d'autonomie, vous est versé par anticipation.

Pour ouvrir droit à la garantie, votre perte totale et irréversible d'autonomie doit être consolidée avant votre mise à la retraite et au plus tard avant votre 65<sup>ème</sup> anniversaire.

**Le versement du capital décès par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'ensemble de vos garanties décès (à l'exception de la garantie Double effet) et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.**

#### b) Formalités à accomplir en cas de *Sinistre* et paiement des prestations

La déclaration de la perte totale et irréversible d'autonomie vous incombe et *Vous* êtes tenu d'en apporter la preuve à l'organisme assureur par notre intermédiaire au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant notamment :

- un certificat détaillé du médecin traitant ;
- éventuellement, la notification de l'attribution, par un régime social de base, d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne ;
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille ;
- un rapport de police ou de toute autre autorité compétente en cas d'*Accident* ;
- le cas échéant, tout document précisant la cause et les circonstances de l'*Accident* ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie.

#### **Reconnaissance et contrôle par l'organisme assureur de la perte totale et irréversible d'autonomie**

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, l'organisme assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'intéressé à toutes expertises médicales jugées utiles pour apprécier, reconnaître ou contrôler la perte totale et irréversible d'autonomie.

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'organisme assureur portant sur la perte totale et irréversible d'autonomie, *Vous* et l'organisme assureur choisirez ensemble un troisième médecin pour vous départager.

***Vous* déclarez vous soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncez à toute procédure dans tout autre pays.**

### **Mode de règlement du capital**

Le capital garanti est exigible six mois après la date de reconnaissance, par l'organisme assureur, de la perte totale et irréversible d'autonomie et sous réserve du maintien de cet état.

#### **9.5.3. CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS DE VOTRE *CONJOINT* SURVENANT SIMULTANÉMENT OU POSTÉRIEUREMENT AU VÔTRE (DOUBLE EFFET)**

##### **a) Définition de la garantie**

Si votre *Conjoint* décède avant l'âge de 65 ans, que cet événement se produit simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent votre décès) ou postérieurement à votre décès (dans les 6 mois suivant votre décès), un capital est versé au profit du ou des *Enfants à charge* à la date de votre décès et qui demeurent encore à la charge de votre *Conjoint* au sens du contrat à la date du décès de ce dernier. Le montant de ce capital est fixé à 50% du capital défini à l'alinéa *b)* du paragraphe 9.5.1, et versé lors du décès de votre *Conjoint*.

##### **b) Formalités à accomplir en cas de *Sinistre* et paiement des prestations**

Les pièces justificatives nécessaires au paiement comprennent notamment :

- un extrait de l'acte de décès ;
- un certificat médical du médecin ayant constaté le décès, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une naturelle ou accidentelle ;
- un rapport de police ou de toute autre autorité compétente en cas de décès suite à un *Accident* ;
- tout document prouvant l'identité du ou des *Bénéficiaire(s)*.

Le règlement des sommes dues est effectué, dans les conditions prévues au paragraphe 9.5.1.

Attribution du bénéfice du capital : le capital garanti revient au(x) *Enfant(s) à charge* à la date de votre décès et qui demeurent encore à charge de votre *Conjoint* au sens du contrat à la date du décès de ce dernier.

#### **9.5.4. EXONÉRATION DU PAIEMENT DE LA *COTISATION* - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL**

##### **a) Exonération du paiement des *Cotisations***

Si *Vous* êtes en arrêt total de travail consécutivement à une maladie ou à un *Accident* survenant avant la date de votre 65<sup>ème</sup> anniversaire, les *Cotisations* relatives aux garanties sélectionnées (hors *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique et assistance rapatriement) cessent d'être dues :

- si les garanties en cas d'arrêt de travail ne sont pas sélectionnées : à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt total et continu de travail ;
- si les garanties en cas d'arrêt de travail sont sélectionnées : à compter du 31<sup>ème</sup> ou 61<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail total et continu, selon l'option choisie.

*Vous* êtes considéré en arrêt total et continu de travail, si *Vous* vous trouvez en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité totale permanente tel que défini au paragraphe 9.6.2. reconnu par l'organisme assureur.

##### **b) Maintien des garanties**

Tant que l'*Adhérent* est exonéré du paiement des *Cotisations* dans les conditions de l'alinéa *a)* ci-dessus, les garanties sélectionnées accordées en cas de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie sont maintenues aux conditions prévues aux paragraphes correspondants.

**Le maintien des garanties est accordé tant que dure l'arrêt de travail ouvrant droit au bénéfice de l'exonération.**

Il prend fin lors de votre aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle, quelle que soit la nature de cette activité.

**En cas de résiliation du contrat, les garanties sont maintenues au montant atteint à la date de résiliation.**

#### **9.6. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :**

La sélection de cette garantie implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie prévue au paragraphe 9.5.1. et l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée.

##### **9.6.1. OBJET DE LA GARANTIE**

Cette garantie a pour objet le service d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'une rente annuelle en cas d'invalidité permanente, consécutive à une maladie ou à un *Accident*.

##### **9.6.2. DÉFINITIONS**

Par incapacité totale de travail, il faut entendre une incapacité temporaire totale consécutive à une maladie ou à un *Accident* qui vous place temporairement dans l'incapacité physique constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un *Accident* entraînant l'impossibilité physique totale ou partielle, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, de vous livrer à l'exercice normal de votre profession ou d'une profession vous procurant un traitement équivalent à celui que *Vous* receviez avant l'arrêt de travail consécutif à la maladie ou à l'*Accident*.



### 9.6.3. MONTANT DES PRESTATIONS

#### a) Incapacité temporaire

Lorsque l'organisme assureur vous reconnaît en état d'incapacité temporaire totale de travail, il vous verse une indemnité journalière à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale et continue pour maladie ou *Accident* de 30 jours ou 60 jours selon l'option choisie.

Le montant des indemnités journalières est choisi par l'*Adhérent* entre un minimum et un maximum, en corrélation avec le montant minimum obligatoire du capital décès sélectionné. Ce montant est indiqué sur le *Certificat d'adhésion* la 1<sup>ère</sup> année et ensuite sur le dernier appel de *Cotisation*.

Le total mensuel des indemnités journalières ne peut être supérieur à 100% de votre salaire net mensuel (limité à 70% de votre revenu net mensuel en cas de création d'entreprise ou de reprise d'activité depuis moins d'un an).

#### b) Invalidité permanente

*Vous* êtes reconnu en état d'invalidité permanente à la double condition :

- que *Vous* soyez atteint d'une invalidité physique ou mentale ;

et

- que *Vous* soyez atteint d'une invalidité professionnelle.

L'invalidité est appréciée par expertise médicale. Afin que l'expert médical désigné par l'organisme assureur puisse déterminer un taux d'invalidité fonctionnelle physique ou mentale et professionnel, il doit y avoir, au préalable, *Consolidation* de votre état de santé.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, sur la base d'une diminution de la capacité physique ou mentale consécutivement à un *Accident* ou une maladie.

Le taux d'invalidité professionnelle est ensuite déterminé de 0 à 100% d'après le taux et la nature de l'invalidité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la manière dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou l'*Accident*, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

À partir du taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle, le taux d'invalidité est déterminé d'après le barème d'invalidité ci-après.

BARÈME D'INVALIDITÉ									
TAUX PROFESSIONNEL	TAUX FONCTIONNEL								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10						37	40	43	46
20				37	42	46	50	55	58
30			36	42	48	53	58	62	67
40			40	46	52	58	63	69	74
50		36	43	50	56	63	68	73	79
60		38	46	53	60	66	73	79	84
70		40	48	56	63	70	77	83	89
80		42	50	58	66	73	80	87	93
90		43	52	61	67	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Le montant de la rente sélectionnée par l'*Adhérent* est indiqué au *Certificat d'adhésion*, soit 360 fois le montant de l'indemnité journalière sélectionnée.

- Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'organisme assureur, par voie d'expertise, est supérieur ou égal à 66%, l'invalidité est réputée totale. Le montant de la rente versée est égal au montant de la rente sélectionnée.
- Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'organisme assureur, par voie d'expertise, est compris entre 34% et 65%, l'invalidité est réputée partielle. Le montant de la rente versée est égal au n/66<sup>ème</sup> de la rente d'invalidité totale sélectionnée, « n » étant le taux d'invalidité déterminé par l'organisme assureur.

**Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'organisme assureur est inférieur ou égal à 33%.**

#### 9.6.4. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PRÉVUES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

##### **a) Reconnaissance et contrôle par l'organisme assureur de l'état d'incapacité ou d'invalidité**

L'organisme assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler votre état d'incapacité ou d'invalidité. À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'organisme assureur doivent pouvoir se rendre auprès de *Vous* et *Vous* vous engagez à les recevoir et à les informer loyalement de votre état.

**Si *Vous* vous opposez aux visites et/ou aux examens médicaux, l'organisme assureur est autorisé à interrompre de plein droit le paiement des prestations.**

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'organisme assureur, portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, *Vous* et l'organisme assureur choisirez ensemble un troisième médecin pour vous départager.

***Vous* déclarez vous soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncez à toute procédure dans tout autre pays.**

##### **b) Paiement des prestations**

Incapacité temporaire : l'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu, tant que *Vous* êtes en état d'incapacité temporaire totale de travail, jusqu'au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente et, au plus tard, jusqu'au 1 095<sup>ème</sup> jour à compter de la date de l'arrêt de travail ou de la déclaration tardive. L'indemnisation cesse à la date de la *Consolidation* de votre état de santé reconnue par un médecin expert désigné par l'organisme assureur. Son versement cesse au plus tard le jour où *Vous* atteignez votre 65<sup>ème</sup> anniversaire.

Invalidité permanente : le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité. La rente vous est versée, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel *Vous* atteignez l'âge de 65 ans.

##### **c) Reprise de travail inférieure à deux mois**

Lorsque, ayant commencé à bénéficier des prestations prévues ci-dessus, *Vous* reprenez votre activité et devez l'interrompre moins de deux mois après cette reprise, lesdites prestations sont à nouveau versées sans application de la *Franchise* (30 ou 60 jours selon l'option sélectionnée par l'*Adhérent*), sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail et si la preuve peut être apportée que la nouvelle cessation d'activité résulte de la même cause que la précédente.

##### **d) Revalorisation des prestations**

Les indemnités journalières et les rentes annuelles versées en cas d'arrêt de travail sont revalorisées dès le 366<sup>ème</sup> jour qui suit la date d'arrêt de travail et tous les ans à la même date.

Elles sont revalorisées de 2 % au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des possibilités du fonds de revalorisation. Cette revalorisation sera maintenue au niveau atteint en cas de résiliation du contrat.

#### 9.6.5. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

##### **Comment bénéficiaire de la garantie ?**

**La déclaration de l'arrêt de travail vous incombe et *Vous* êtes tenu de l'adresser à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, dans les 30 jours suivant la date d'arrêt de travail, par lettre recommandée.** Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'un certificat médical précisant la date d'arrêt de travail et la durée probable de l'incapacité et de la nature de la maladie ou de l'*Accident* ;
- d'un justificatif de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée ;
- pour les *Assurés* salariés : d'une déclaration de *Sinistre* de votre employeur et d'une attestation de salaire brut sur les 12 derniers mois incluant les primes et bonus perçus, les coordonnées de votre employeur ;
- pour les *Assurés* non salariés : de la copie de la déclaration d'imposition sur le revenu de l'année précédente.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

**Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration.**

Dès que votre arrêt de travail prend fin, *Vous* devez adresser à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, un certificat de reprise de votre activité.

Si l'incapacité dure encore au-delà de la date prévue pour la reprise du travail, un nouveau certificat médical devra être fourni indiquant la durée probable du nouvel arrêt et la nature de la maladie ou de l'*Accident*.

Cette formalité est renouvelée chaque fois que l'incapacité se prolongera au-delà de la date prévue pour la reprise du travail.

## 10. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

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

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 10.7 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 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 frais annexes (hormis ceux prévus au tableau des garanties) 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 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 médecines douces ou alternatives (hormis celles prévues au tableau des garanties) ;
- 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 ;
- les thermomètres et tensiomètres ;
- les traitements et médicaments contraceptifs ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- les bilans de santé ;
- la chirurgie au laser des yeux (y compris la correction de la myopie) ;
- les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection ;
- les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes ;
- les traitements expérimentaux ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales ;
- le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires ;
- les centres hospitaliers et structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours ;
- les séjours en maison de repos ou de convalescence ne faisant pas suite à une *Hospitalisation* liée à une *Maladie redoutée* ou un *Accident* ;
- les hormones de croissance ;
- les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- les lunettes et lentilles sans correction visuelle ;
- l'automutilation ;
- toute dépense non médicalement nécessaire ;
- les traitements non reconnus par les *Autorités médicales* du pays dans lequel ils se déroulent.

### 10.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 10.7 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* 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 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<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ;
  - les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés ;
  - les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique ;
- 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.

**10.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :**

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 10.7 ci-après, sont exclus de la garantie :**

- les dommages résultant de l'exercice d'une activité professionnelle quelconque, ou de fonctions accomplies dans le cadre de mandats électifs ;
- la conduite de tout engin à moteur ou à traction animale ;
- les conséquences de tous les *Sinistres* matériels ou corporels subis par l'Assuré ;
- les *Dommages* matériels causés par un incendie, une explosion, ou des dégâts des eaux ayant pris naissance ou étant survenus dans des bâtiments ou locaux dont l'Assuré est propriétaire, locataire ou dont il a la jouissance privative à un titre quelconque ;
- les dommages de pollution ;
- les troubles anormaux de voisinage (nuisances) ;
- les conséquences de la pratique de la chasse.

**10.4. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE :**

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 10.7 ci-après, l'organisme assureur ne peut intervenir :**

- pour les *Litiges* relatifs aux droits des personnes et de la famille ;
- si votre responsabilité est mise en cause et que les dommages dont Vous êtes responsable auraient dû être pris en charge au titre d'une assurance légalement obligatoire. L'organisme assureur n'intervient pas non plus si une garantie présente dans l'un de vos contrats d'assurance prévoit l'indemnisation directe de votre préjudice en dehors de toute recherche de responsabilité ;
- pour les *Litiges* relatifs au droit de la propriété intellectuelle, artistique, littéraire ou industrielle, ou concernant vos marques, brevets ou droits d'auteur ;
- 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 votre part ;
- pour les *Litiges* faisant l'objet d'un *Conflit* entre Vous et l'organisme assureur sauf lors de l'application de la clause Arbitrage et Conflits d'intérêts ;
- pour les *Litiges* se rapportant à l'expression d'opinions politiques ou syndicales ;
- pour les *Litiges* concernant les immeubles de rapport ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine de l'urbanisme ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine douanier ;
- pour les *Litiges* se rapportant au mandat d'une société civile ou commerciale qui vous a été confié, ou à votre 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 votre surendettement ou votre 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 *Vous* vous trouvez.

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

- les amendes et les sommes de toute nature que *Vous* pouvez être tenu de payer ou de rembourser à la partie adverse ;
- les frais et honoraires liés à l'établissement de votre préjudice ainsi que les enquêtes pour identifier ou retrouver l'*Adversaire* ;
- les honoraires de résultat ;
- les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés de votre seul fait ;
- 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 votre avocat n'est pas inscrit au barreau du tribunal compétent ;
- les consignations pénales, les cautions.

**10.5. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :**

**Se reporter au paragraphe 10.7.**

**10.6. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :**

La garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale n'intervient qu'en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un *Accident*.

La maternité n'étant pas une maladie, seuls les arrêts de travail en cours de grossesse ayant une cause pathologique (c'est-à-dire médicalement justifiés) seront pris en charge au titre de cette garantie. Le congé maternité/paternité, n'étant pas un arrêt de travail pour maladie, demeure exclu de la garantie.

Les *Exclusions* prévues au paragraphe 10.7 ci-après s'appliquent également à la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

**10.7. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :**

**Outre les *Exclusions* prévues pour chacune des garanties, sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :**

- des faits intentionnels de l'*Adhérent* ou de l'*Assuré*, et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'*Assuré* ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense) ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide 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, 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, ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la pratique de la chasse ;
- 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 ;
- 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 milles nautiques).

Toutefois, il est précisé que le personnel de yacht, naviguant exclusivement en mer Méditerranée, est couvert dans le cadre de ses activités professionnelles rémunérées (hors garantie *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique) ;

- 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.**

## 11. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 11.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

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

**pour les garanties frais de santé, capital décès/perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :**

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Axéria Prévoyance (conventions n°A3MECFDS2010 et A3MECPREV2010), 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 la garantie assistance rapatriement :**

une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec ACE Europe (convention n°FRBBBAO1855), 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 *Responsabilité civile* vie privée** est assurée par ACE Europe (contrat n°FRBOPA10174) dont le siège social est situé 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°10006606), 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](http://www.orias.fr)), située 110, avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

### 11.2. CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour les garanties frais de santé, capital décès/perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale 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 et *Responsabilité civile* vie privée : 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 Euro Cover + 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.

### 11.3. 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'ajouts sur ses causes de suspension ou d'interruption et ce, même en cas d'accord entre l'*Adhérent* et l'organisme assureur.

### 11.4. 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.

### 11.5. 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.

### 11.6. 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* pourriez vous adresser à votre interlocuteur habituel.

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

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

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

Pour votre information, nos assureurs partenaires 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* pourrez, le cas échéant, saisir le Médiateur compétent dont le nom et les coordonnées vous seront communiqués 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 email à [suiviclient.expat@april-international.com](mailto:suiviclient.expat@april-international.com) sur simple demande, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition.

*Nous* vous informons que les données recueillies pour le traitement de votre réclamation font l'objet d'un traitement informatique par notre société aux fins de suivi du traitement des réclamations et ne peuvent être communiquées à cette fin qu'à l'organisme assureur, à ses réassureurs et à la holding APRIL, ainsi qu'à nos prestataires partenaires pour la mise en œuvre de vos garanties. *Vous* disposez d'un droit de communication, de rectification, d'opposition, et de suppression des données vous concernant (voir paragraphe 11.7).

### 11.7. 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.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

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



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