

CONDITIONS GÉNÉRALES 2017

Réf : RUB Cov

RUBELLES +



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

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

SOMMAIRE

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT	P.3
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION	p.3
1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.3
1.3. SERVICE DE TIERS PAYANT AUX ÉTATS-UNIS	p.3
1.4. SERVICE DE TIERS PAYANT AU MEXIQUE	p.4
1.5. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD (ÉTATS-UNIS, MEXIQUE)	p.4
1.6. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	p.5
1.7. SERVICE DE 1 ^{ER} AVIS MÉDICAL	p.5
1.8. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE	p.5
1.9. SERVICES EN LIGNE	p.5
1.10. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?	p.5
2. DÉFINITIONS	P.6
2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES	p.6
2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	p.7
2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.7
2.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE	p.8
2.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE	p.8
2.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	p.8
2.7. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE	p.8
3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	P.9
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?	p.9
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p.9
4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	P.10
5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	P.10
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?	p.10
5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT	p.10
5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT	p.11
5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT	p.11
5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?	p.11
6. COTISATIONS	P.12
6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?	p.12
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p.12
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?	p.12
7. AJUSTEMENT DES GARANTIES ET DES COTISATIONS	P.13
8. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT	P.13
8.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	p.13
8.2. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?	p.13
9. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	P.13
9.1. FRAIS DE SANTÉ EN COMPLÉMENT DE LA CFE/SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE (ou régime équivalent français)	p.13
9.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.21
9.3. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE	p.24
9.4. ASSISTANCE JURIDIQUE	p.25
9.5. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE/DOUBLE EFFET	p.27
9.6. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE EN COMPLÉMENT DE LA CFE/SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE (ou régime équivalent français)	p.29
10. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	P.31
11. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.34
11.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p.34
11.2. CADRE LÉGAL	p.34
11.3. PRESCRIPTION	p.34
11.4. SUBROGATION	p.35
11.5. CONTRÔLE	p.35
11.6. RÉCLAMATION - MÉDIATION	p.35
11.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p.35

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

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

(disponible uniquement si Vous êtes adhérent à la CFE)

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,
- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0) 20 22 91 80,
- 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 :

RUBELLES +

Mr MARINI Christophe
N° de contrat / Policy Number: 1815236
Date d'effet / Start date: 01/01/2017

This above person benefits from the direct payment of hospital fees. Kindly facilitate hospital admission calling one of the numbers noted on the other side of this card.

Information
www.april-international.com
Tel: +33 1 73 02 93 93




EMERGENCY CONTACT NUMBERS 24/7

> In case of inpatient hospitalisation*

- From USA & Canada (toll free):	(+1) 866 299 2900
- From countries in Latin America (collect calls accepted):	(+1) 305 381 6977
- From countries in the Asia-Pacific region:	+66 2022 9180
- From Middle East, Africa and Europe:	+33 1 73 02 93 99

> For direct payment in the USA*

- For benefit verification and/or for pre-authorization, please call (toll free):	 (+1) 866 299 2900
- Billing address: OMHC - 777 Brickell Ave Suite 410 - Miami, FL 33131, USA	

> For any medical advice*

	+33 1 41 61 23 90
--	-------------------

> For repatriation assistance* (collect calls accepted)

	+33 1 41 61 23 25
--	-------------------

> For legal assistance*

	+33 9 69 32 96 87
--	-------------------

> For counselling*

	+33 1 41 61 23 25
--	-------------------

*only if cover selected

1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Pour bénéficier des garanties d'assistance :

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

Pour cela, veuillez contacter APRIL Assistance :

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

1.3. SERVICE DE TIERS PAYANT AUX ÉTATS-UNIS :

(disponible uniquement si Vous êtes adhérent à la CFE)

1.3.1. SERVICE DE TIERS PAYANT AU SEIN DU RÉSEAU AETNA

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

Ce service est disponible pour :

- vos consultations de généralistes et de spécialistes,
- vos analyses,
- vos radiographies,
- vos examens et soins médicaux,
- les actes d'auxiliaires médicaux,

auprès des professionnels de santé appartenant au réseau AETNA.

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

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

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

1.3.2. SERVICE DE TIERS PAYANT PHARMACEUTIQUE

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

CVS CAREMARK

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

X0811

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

Customer Care: 1-800-966-5772

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

X0811

Si Vous avez sélectionné la formule Hospitalisation + Médecine courante-Maternité, ou Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique-dentaire, Vous recevrez par courrier, après votre adhésion, votre carte de tiers payant pharmaceutique. En présentant cette carte dans l'une des pharmacies du réseau Caremark aux États-Unis, Vous pourrez bénéficier de la prise en charge directe de vos dépenses couvertes par votre contrat. Vous n'aurez pas d'avance de frais à faire : Nous réglerons directement la pharmacie.

Si Vous avez choisi un niveau de remboursement à 90% ou 80% des *Frais réels*, Vous devrez régler directement votre reste à charge à la pharmacie.

La liste des pharmacies partenaires est disponible sur le site www.caremark.com.

Si le montant de votre prescription médicale est supérieur à 1 000 USD, vos médicaments vous seront délivrés après accord préalable de nos services.

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

1.4. SERVICE DE TIERS PAYANT AU MEXIQUE :

(disponible uniquement si Vous êtes adhérent à la CFE)

Si Vous êtes expatrié au Mexique, Vous bénéficiez d'une prise en charge directe de vos dépenses de santé lorsque les soins correspondants sont pratiqués et facturés au Mexique, au sein de notre réseau de soins partenaire, ChoiceNet International (CNI).

Pour cela, Vous devrez systématiquement nous contacter avant toute démarche :

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

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

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

Rubelles +

Mr Alain Dupont
N° de contrat / Policy number: XX000000000
Date d'effet / Start date: 01/01/2017

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

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

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

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

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

(disponible uniquement si Vous êtes adhérent à la CFE)

Pour bénéficier du service de consultation à domicile, veuillez :

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

En cas d'urgence, le soir ou le week-end, lorsque votre médecin n'est pas disponible, Nous vous proposons un service de consultation à domicile. Pour éviter d'attendre de longues heures aux urgences, Vous serez mis en relation avec un médecin qui effectuera un premier diagnostic par téléphone avant de vous orienter vers la solution la mieux adaptée (consultation à domicile, déplacement aux urgences...).

Le service de consultation à domicile est disponible dans les villes suivantes (au 01/10/2016) :

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

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

Grâce à ce service, *Vous* n'avez pas à régler les frais de consultation à domicile prévus dans votre contrat. La facture nous est directement adressée. Selon les garanties sélectionnées, *Vous* serez susceptible d'avoir un reste à charge à régler.

1.6. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :

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

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

1.7. SERVICE DE 1^{ER} AVIS MÉDICAL :

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

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

1.8. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE :

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

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

1.9. SERVICES EN LIGNE :

Depuis le site www.april-international.com, *Vous* avez accès à votre Espace Client sécurisé.

Si *Vous* êtes Assuré principal, *Vous* pouvez :

- retrouver vos décomptes de remboursement ainsi que ceux des membres de votre famille, vos garanties ainsi que les présentes Conditions générales,
- consulter 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 décomptes de remboursement si *Vous* ne bénéficiez pas du service de télétransmission avec la Sécurité sociale française ou la CFE).

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.

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

Pour envoyer une Demande de remboursement (voir paragraphe 9.1.4) :

Si *Vous* êtes affilié à la CFE, veuillez adresser vos demandes de remboursement (en y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales) à :

CFE s/c APRIL International Expat

Service Remboursements

110, avenue de la République

CS 51108

75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

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

*Si *Vous* êtes retraité, adhérent à la CFE, *Nous* attirons votre attention sur le fait que les services de guichet unique APRIL International/CFE ne pourront fonctionner pour vos demandes de remboursement relatives aux soins effectués en France.*

Vos demandes devront être adressées à la CPAM d'Indre et Loire à l'adresse suivante :

CPAM d'Indre et Loire - Centre de paiement 204.2 - Le champ Girault - Rue Édouard Vaillant - 37035 Tours - FRANCE

Si Vous êtes affilié à la Sécurité sociale française (ou régime équivalent), veuillez adresser vos demandes de remboursement à votre Caisse Primaire de Sécurité sociale.

Si Vous bénéficiez du service de télétransmission, les décomptes de votre Caisse Primaire de Sécurité sociale nous seront ensuite directement adressés.

Ce service est proposé si Vous êtes affilié au régime général de la Sécurité sociale française et que Vous nous avez adressé une photocopie de votre attestation de Sécurité sociale. Ce service n'est pas disponible si Vous êtes retraité et que Vous avez été soigné en France.

Si Vous ne bénéficiez pas du service de télétransmission, veuillez nous adresser vos demandes de remboursement, accompagnées du décompte établi par la Sécurité sociale française et du **formulaire de Demande de remboursement** à :

APRIL International Expat

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

Si Vous avez été accepté à des conditions particulières (exclusion médicale ou de risques professionnels), le service de télétransmission ne peut pas vous être proposé.

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

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à nous faire parvenir un devis détaillé et un formulaire appelé « *Demande d'entente préalable* », complété par le praticien prescrivant ces actes, à l'adresse indiquée ci-dessus ou par e-mail à remboursement.expat@april-international.com (voir paragraphe 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 Rubelles + 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 môle. Seront également couvertes les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire.
- COÛTS RAISONNABLES ET HABITUELS** : les coûts des frais de santé sont considérés comme étant raisonnables et habituels lorsqu'ils n'excèdent pas les tarifs habituellement pratiqués pour une prestation ou un traitement identique dans la localité où ils sont engagés. Nos bases de données constamment enrichies de tarifs de référence depuis plus de 20 ans sont mises à jour chaque année.
- D DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée au *Certificat d'adhésion*.
- DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE** : formulaire à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre *Accord préalable* avant d'engager certains actes ou traitements.
- 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 complémentaire 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, si *Vous* êtes assuré en complément de la CFE et 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, Méningite, 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 Rubelles +, 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 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 l'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, 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 le 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 offres et garanties sélectionnées, les prestations suivantes :

- remboursement de frais de santé complémentaires à la CFE/Sécurité sociale française (ou régime équivalent français),
- assistance rapatriement,
- *Responsabilité civile* vie privée,
- assistance juridique,
- capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie,
- indemnisation arrêt de travail pour raison médicale en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français).

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 ?

Pour la garantie frais de santé :

4 zones de couverture sont proposées selon votre *Pays d'expatriation* :

Zone 1 : Bahamas (Îles), Canada, États-Unis, Japon, Suisse.

Zone 2 : Brésil, Chine, Hong Kong, Royaume-Uni, Russie, Singapour.

Zone 3 : Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Cambodge, Chili, Chypre, Croatie, Danemark, Émirats Arabes Unis, Espagne, Estonie, Féroé (Îles), France (D.R.O.M. inclus), Finlande, Géorgie, Gibraltar, Grèce, Hongrie, Indonésie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malaisie, Malte, Mexique, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Saint Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Svalbard et Jan Mayen, Taiwan, Thaïlande, Ukraine, Vatican, Venezuela.

Zone 4 : Tous les pays non listés dans les zones 1, 2 et 3.

Les garanties sont acquises dans la zone tarifaire choisie et indiquée sur votre *Certificat d'adhésion*.

En zone tarifaire 1 : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier (y compris dans votre *Pays de nationalité*).

En zone tarifaire 2 : les garanties sont acquises à l'année dans les pays des zones 2, 3 et 4 (y compris dans votre *Pays de nationalité* s'il se situe en zone 2, 3 ou 4). Les garanties sont également valables en cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée* lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zone 1 (y compris dans votre *Pays de nationalité* si celui-ci se trouve dans cette zone).

En zone tarifaire 3 : les garanties sont acquises à l'année dans les pays des zones 3 et 4 (y compris dans votre *Pays de nationalité* s'il se situe en zone 3 ou 4). Les garanties sont également valables en cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée* lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zones 1 et 2 (y compris dans votre *Pays de nationalité* si celui-ci se trouve dans l'une de ces zones).

En zone tarifaire 4 : les garanties sont acquises à l'année dans les pays de la zone 4 (y compris dans votre *Pays de nationalité* s'il se situe dans cette zone). Les garanties sont également valables en cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée* lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zones 1, 2 et 3 (y compris dans votre *Pays de nationalité* si celui-ci se trouve dans l'une de ces zones).

Pour la garantie assistance rapatriement :

En zone Europe et pays méditerranéens : les garanties sont acquises à l'année dans cette zone (y compris dans votre *Pays de nationalité* s'il se situe dans cette zone). Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs dans le reste du monde (y compris dans votre *Pays de nationalité*).

Sont inclus dans la zone Europe et pays méditerranéens les pays suivants : Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Égypte, Espagne, Estonie, Féroé (Îles), Finlande, France métropolitaine, Géorgie, Gibraltar, 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, Saint Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Svalbard et Jan Mayen, Syrie, Territoire palestinien, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.

En zone Monde entier : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier (y compris dans votre *Pays de nationalité*).

En cas de rapatriement décidé par APRIL Assistance hors de la zone tarifaire choisie, la garantie frais de santé reste acquise si elle a été sélectionnée.

Pour la garantie *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique :

Zone Monde entier hors USA/CANADA : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier hors USA/CANADA et hors de votre *Pays de nationalité*. Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs aux USA, au Canada ainsi que dans votre *Pays de nationalité*.

Zone Monde entier : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier hors de votre *Pays de nationalité*. Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs dans votre *Pays de nationalité*.

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

Les garanties sont acquises dans votre *Pays d'expatriation* et lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors de votre *Pays d'expatriation*.

Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie, l'*Adhérent* doit nous faire part du changement de zone géographique afin d'ajuster sa *Cotisation*.

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

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

4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

Pour être admissible à l'assurance, Vous devez :

- être âgé, 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 moins de 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale,
- résider hors de votre *Pays de nationalité* et hors de France (*D.R.O.M.* compris) pendant la durée du contrat,
- pour les garanties frais de santé et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, être affilié à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) et bénéficiaire à ce titre du régime maladie/maternité et du régime des accidents du travail de la CFE ou bénéficiaire de la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français) pendant la durée du contrat,
- 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 pré-citées 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^{er} 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*, sous réserve de l'ouverture des droits auprès de la CFE ou de l'affiliation à la Sécurité sociale française (ou d'un régime équivalent français) pour les garanties frais de santé et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et sous réserve de notre acceptation concrétisée par l'émission du *Certificat d'adhésion* précisant les garanties sélectionnées.

Si votre dossier nécessite une étude médicale, votre contrat débutera au plus tôt le 1^{er} ou le 16 du mois suivant votre acceptation médicale.

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 et traitement de la myopie au laser),

- 10 mois pour les frais liés à la maternité,
- 12 mois pour les cures thermales et la thalassothérapie, les frais de procréation médicalement assistée et d'adoption.

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 pour les frais d'adoption et de maternité) si *Vous* justifiez avoir bénéficié de garanties « frais de santé » au moins équivalentes à celles du contrat Rubelles + 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* bénéficiiez 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^{er} 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 au plus tard 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 copie de votre nouveau contrat de travail). La résiliation prendra effet au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la réception de votre demande accompagnée du justificatif officiel ;
- f) dès que *Vous* n'êtes plus affilié à la CFE ou à la Sécurité sociale française (ou à un régime équivalent français). Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la notification écrite reçue par notre Service Suivi Client ;
- g) dès que *Vous* atteignez l'âge de :
 - 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie, *Responsabilité civile* vie privée et assistance juridique et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale,
 - 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 ».

Si l'*Adhérent* a adhéré à distance (par téléphone ou par internet) :

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*.

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 nous informer de sa décision de renonciation à son contrat par une déclaration dénuée d'ambiguïté par lettre envoyée par la poste à l'adresse suivante dans les délais indiqués ci-dessus :

APRIL International Expat - Service Suivi Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 37 ou d'adresser à APRIL International Expat une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous :

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

En cas de renonciation, l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la *Cotisation* correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Nous sommes tenus de rembourser à l'Adhérent le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la *Cotisation* reste due si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un *Sinistre* mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

6. COTISATIONS

L'adhésion au présent contrat ne vous dispense pas de cotisations dues au régime obligatoire du Pays d'expatriation dont Vous pourriez relever.

6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

La *Cotisation* évolue au 1^{er} 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^{er} 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 entrainera 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^{er} 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 (les frais de virement sont à la charge de l'Adhérent),
 - prélèvement SEPA en euro 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 entrainera 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^{er} 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^{er} 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 demandé et l'adhésion du nouveau-né ne pourra prendre effet qu'au 1^{er} 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 EN COMPLÉMENT DE LA CFE/SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE (ou régime équivalent français) :

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 et qui sont prises en charge par la CFE ou la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties).

Les frais sont remboursés poste par poste selon l'offre, les garanties et le niveau de remboursement 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.

Les garanties sont exprimées avec la participation de votre régime d'assurance de base français (Sécurité sociale française ou régime équivalent français) ou de la Caisse des Français de l'Étranger. *Nous* intervenons après participation de votre régime d'assurance de base.

Trois offres « frais de santé » sont proposées selon votre niveau d'exigence : Essentielle, Medium et Extenso.

Chaque offre comporte au choix les garanties suivantes :

- Hospitalisation seule,
- Hospitalisation + Médecine courante-Maternité,
- Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique-dentaire.

L'offre, les garanties et le niveau de remboursement sélectionnés par l'*Adhérent* sont portés sur le *Certificat d'adhésion*.

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 offres, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par la CFE ou par la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français) ou tout organisme public ou privé en France et à l'étranger.

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

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

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

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

Pour obtenir un Règlement direct de vos frais d'hospitalisation :

Nous pouvons effectuer un *Règlement direct de vos frais d'hospitalisation* (y compris en cas d'*Hospitalisation de jour*) auprès de l'établissement hospitalier dans lequel Vous séjournerez. Nous nous mettrons ainsi directement en contact avec l'hôpital.

Ce service est disponible uniquement pour les adhérents à la CFE.

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,
- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0) 20 22 91 80,
- 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*, pour obtenir le remboursement de la facture que Vous avez réglée, Vous devez :

- faire compléter par votre médecin le formulaire *Attestation médicale confidentielle* précisant 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,
- nous le retourner accompagné du compte-rendu hospitalier à l'attention de notre Médecin Conseil :
 - par fax : +33 (0)1 73 02 93 60,
 - par e-mail : hospitalisation.expat@april-international.com,
 - par courrier : APRIL International Expat - 110 avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE,
- nous transmettre une facture détaillant le coût de la chambre privée ou semi-privée.

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

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 ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expat@april-international.com.

Sont soumis à Accord préalable :

- les Hospitalisations,
- les actes en série (kinésithérapie, chiropraxie, acupuncture...) 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 €,
- les cures thermales.

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

Les traitements en série (kinésithérapie, orthophonie, orthoptie...) et les prothèses, appareils de surdité et appareils orthopédiques ne nécessitent pas un accord préalable de notre Médecin Conseil si les soins surviennent hors de France (D.R.O.M. inclus).

Pour l'orthodontie, le traitement doit débuter avant les 16 ans de l'Assuré. La durée du traitement est limitée à 2 ou 3 ans selon l'offre choisie.

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

IMPORTANT

Dans la formule Hospitalisation seule, sont également couverts les soins de médecine courante (y compris soins dentaires et prothèses – hors prothèses et implants dentaires) **en cas d'Accident** et sur présentation d'un certificat médical, **jusqu'à 75 €/acte et 1 000 €/an/Assuré**.

Les garanties Médecine courante-Maternité et Optique-Dentaire sont ici proposées avec un niveau de remboursement à 100% des *Frais réels*. Vous pouvez cependant choisir lors de l'adhésion d'être couvert à 90% ou 80% des *Frais réels* pour les garanties Médecine courante-Maternité et Optique-Dentaire (la garantie Hospitalisation propose toujours une couverture à 100% des *Frais réels* et les plafonds de remboursement restent inchangés quel que soit le pourcentage de remboursement sélectionné).

TABLEAU DES GARANTIES

OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré	750 000 €	1 500 000 €	2 000 000 €

HOSPITALISATION*

(hors médecine courante, hors maternité et hors optique-dentaire)

OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
<p><i>Hospitalisation</i> médicale, chirurgicale ou <i>Hospitalisation de jour</i> :</p> <p>Transport en ambulance (si <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International)</p> <p>Frais de séjour</p> <p>Honoraires médicaux et chirurgicaux</p> <p>Examens, analyses, médicaments</p> <p>Actes médicaux</p>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Chambre d'hôpital (y compris frais de téléphonie, de télévision et internet)	100% des <i>Frais réels</i> pour une chambre à deux lits, ou jusqu'à 50 €/jour pour une chambre privée. Frais de téléphonie, de télévision et internet pris en charge à la hauteur de 15 €/jour.	100% des <i>Frais réels</i> pour une chambre privée standard. Frais de téléphonie, de télévision et internet pris en charge à la hauteur de 15 €/jour.	100% des <i>Frais réels</i> pour une chambre privée standard. Frais de téléphonie, de télévision et internet pris en charge à la hauteur de 15 €/jour.
Hospitalisation à domicile	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
<i>Règlement direct des frais d'hospitalisation</i> (pour les adhérents à la CFE)	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Consultation externe liée à une hospitalisation/chirurgie ambulatoire (30 jours avant et après hospitalisation et sur présentation d'un certificat d'hospitalisation)	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Lit d'accompagnement pour enfant	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 €/jour (enfant de moins de 16 ans)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 45 €/jour (enfant de moins de 16 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	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours/an
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>	non pris en charge	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>
Greffe d'organe	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>

* 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).

MÉDECINE COURANTE

OFFRES

ESSENTIELLE

MEDIUM

EXTENSO

MÉDECINE (hors maternité, procréation médicalement assistée et dentaire)

Consultations et visites

Médecins généralistes	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 50 €/acte	100% des <i>Frais réels</i> (limités à 80 €/acte au-delà de 2 visites/an)	100% des <i>Frais réels</i> (limités à 130 €/acte au-delà de 5 visites/an)
Médecins spécialistes	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 80 €/acte	100% des <i>Frais réels</i> (limités à 110 €/acte au-delà de 2 visites/an)	100% des <i>Frais réels</i> (limités à 180 €/acte au-delà de 5 visites/an)
Psychiatres	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 5 visites/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 5 visites/an

Auxiliaires médicaux*

Soins infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues*	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Kinésithérapie, ergothérapie, logopédie, psychomotricité*	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/an , avec un maximum de 150 €/séance	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 500 €/an , avec un maximum de 200 €/séance

Médecines douces

Consultations auprès d'ostéopathes, homéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, phytothérapeutes et diététiciens	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/an , avec un maximum de 150 €/séance	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 500 €/an , avec un maximum de 200 €/séance
---	--------------------	--	--

Pharmacie sur prescription médicale

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>
Analyses, radiographies et autres actes techniques médicaux hors établissement hospitalier	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
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
Traitement du cancer et du SIDA	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).

MÉDECINE COURANTE

OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
PRÉVENTION			
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>
Traitements anti-paludéens	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/an
Bilan de santé (un bilan tous les deux ans)			
Aide à l'arrêt du tabac			
Ostéodensitométrie			
PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE : Délai d'attente de 12 mois**			
Pharmacie, fécondation in vitro, analyses et examens de suivi	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 500 €/an
ADOPTION : Délai d'attente de 12 mois			
Frais de transport et de procédures	non pris en charge	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 4 000 € en zone 1 et 2 500 € en zones 2, 3 et 4
CURE THERMALE ET THALASSOTHÉRAPIE* : Délai d'attente de 12 mois**			
Valable dans les 3 mois suivant une hospitalisation de plus de 10 jours ou un accouchement pris en charge par APRIL International	non pris en charge	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/an
APPAREILLAGES ET PROTHÈSES* : (hors optique et dentaire)			
Sans <i>Hospitalisation</i>	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 €/prothèse	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 €/prothèse	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 600 €/prothèse
Avec <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/Hospitalisation	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 3 000 €/Hospitalisation	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 4 000 €/Hospitalisation

* 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).

MATERNITÉ*

OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
<i>Délai d'attente de 10 mois</i>			
Règlement direct des frais d'hospitalisation en cas d'accouchement (pour les adhérents à la CFE)	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 3 500 €/grossesse (montant porté à 7 000 €/grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 5 000 €/grossesse (montant porté à 10 000 €/grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 8 000 €/grossesse (montant porté à 16 000 €/grossesse en cas d'accouchement chirurgical)
Accouchement à domicile			
Consultations, pharmacie, examens et soins pré et post natus			
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			
<i>Complications de grossesse et à l'accouchement</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>

OPTIQUE - DENTAIRE

OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
DENTAIRE : <i>Délai d'attente de 3 mois**</i> pour les soins dentaires, la parodontologie et l'endodontie et <i>6 mois**</i> pour les prothèses, les implants et l'orthodontie			
Soins dentaires	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 €/dent , jusqu'à 500 €/an et jusqu'à 1 500 €/an à partir de la 2 ^{ème} année	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/dent , jusqu'à 800 €/an et jusqu'à 2 000 €/an à partir de la 2 ^{ème} année	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 650 €/dent , jusqu'à 2 000 €/an et jusqu'à 2 500 €/an à partir de la 2 ^{ème} année
Prothèses et implants*			
Parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales) et endodontie	non pris en charge		
Orthodontie* jusqu'à 16 ans	non pris en charge	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 3 ans maximum

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

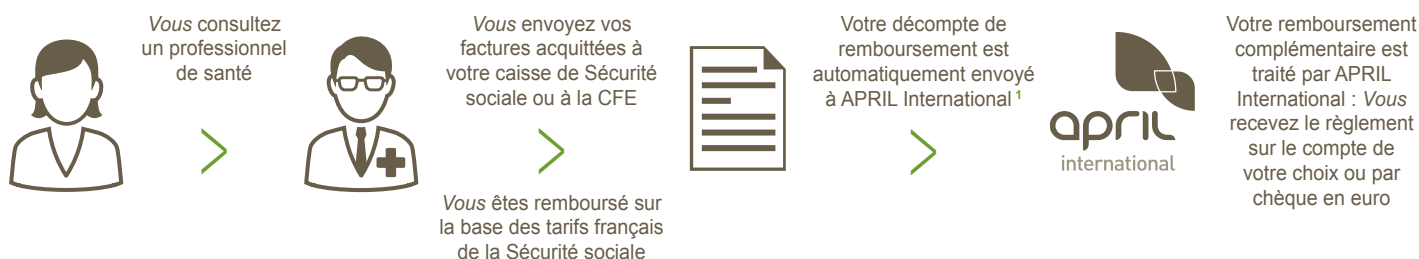
** *Délai d'attente* abrogé si Vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois, sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du Certificat de radiation correspondant (se reporter au paragraphe 5.2).

OPTIQUE - DENTAIRE

OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
OPTIQUE : Délai d'attente de 6 mois**			
Monture et verres	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 350 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 650 €/an
Traitement de la myopie au laser	non pris en charge	non pris en charge	
Lentilles cornéennes y compris jetables	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 100 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 200 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 €/an

** 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).

9.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?



¹ Si Vous ne bénéficiez pas du service de télétransmission, Vous devez nous envoyer le décompte de remboursement que vous a adressé votre CPAM ou la CFE.

Quels documents joindre à votre demande de remboursement ?

Vous êtes adhérent à la CFE :

Veuillez nous adresser vos demandes de remboursement à :

CFE - s/c APRIL International Expat

Service Remboursements

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

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

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

Si Vous êtes retraité, adhérent à la CFE, Nous attirons votre attention sur le fait que les services de guichet unique APRIL International/CFE ne pourront fonctionner pour vos demandes de remboursement relatives aux soins effectués en France.

Vos demandes devront être adressées à la CPAM d'Indre et Loire à l'adresse suivante :

CPAM d'Indre et Loire

Centre de paiement 204.2 - Le champ Girault - Rue Édouard Vaillant - 37035 Tours - FRANCE

Vous êtes affilié à la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français) :

Veuillez adresser vos demandes de remboursement à votre Caisse Primaire de Sécurité sociale.

Si Vous bénéficiez du service de télétransmission, les décomptes de votre Caisse Primaire de Sécurité sociale nous seront ensuite directement adressés.

Ce service est proposé si Vous êtes affilié au régime général de la Sécurité sociale française et que Vous nous avez adressé une photocopie de votre attestation de Sécurité Sociale. Ce service n'est pas disponible si Vous êtes retraité et que Vous avez été soigné en France.

Si Vous ne bénéficiez pas du service de télétransmission, veuillez nous adresser vos demandes de remboursement, accompagnées du décompte établi par la Sécurité sociale française et du **formulaire de Demande de remboursement** à :

APRIL International Expat

Service Remboursements

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

Si Vous avez été accepté à des conditions particulières (exclusion médicale ou de risques professionnels), le service de télétransmission ne peut pas vous être proposé.

Pour les dépenses de santé qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale française ou par la CFE (médecines douces, vaccins non remboursés...) et qui sont mentionnées au tableau des garanties, veuillez nous adresser directement vos factures acquittées accompagnées du formulaire de Demande de remboursement à :

APRIL International Expat

Service Remboursements

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

Le **formulaire de Demande de remboursement** est disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site www.april-international.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expat@april-international.com.

Nous nous réservons le droit de réclamer à tout moment les justificatifs des *Frais réels*, notamment en cas d'*Hospitalisation* ou lorsque Vous avez été accepté à des conditions particulières.

Vous devez nous adresser directement les photocopies des pièces justificatives suivantes :

- accord éventuel de prise en charge des traitements en série et prothèses dentaires ;
- facture d'optique ;
- facture d'*Hospitalisation*.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, veuillez nous avertir dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

Vous pouvez être remboursé :

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

Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais 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 Assistance** pour bénéficier des garanties ci-après :

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

APRIL 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 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 Assistance si celle-ci avait elle-même organisé le service.

APRIL 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 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 Assistance recommande votre rapatriement, APRIL 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 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 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 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 Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour se rendre sur place. Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* en âge de majorité juridique. APRIL 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 Assistance procède à l'avance des frais médicaux et chirurgicaux prescrits par toute *Autorité médicale* à concurrence de **15 000 €.**

APRIL 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 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 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 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 Assistance organise le retour au domicile des membres de la famille assurés qui voyagent avec lui.

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

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 Assistance, après accord de son *Équipe médicale*, organise votre retour dans votre *Pays d'expatriation*.

APRIL Assistance prend en charge le titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1^{ère} 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 Assistance met à disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si l'*Assuré* était seul sur place au moment de son décès. APRIL 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 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 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 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 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 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 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 Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission. APRIL 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 Assistance met tout en œuvre pour vous aider dans vos démarches.

APRIL 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 Assistance se charge de les acheminer par les moyens les plus rapides.

APRIL 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 vol d'un titre de transport, APRIL 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 Assistance met à votre disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe en cas de décès ou d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un *Membre de votre famille* dans votre *Pays de nationalité*.

Le voyage aller doit obligatoirement se faire dans les 8 jours suivant la date du décès ou de l'hospitalisation.

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

APRIL 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 Assistance afin d'obtenir son accord préalable. Dans le cas contraire, APRIL 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 Assistance met à la disposition de la personne de votre choix un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe afin de ramener vos enfants dans votre *Pays de nationalité*.

9.2.17. TRADUCTIONS DE DOCUMENTS LÉGAUX OU ADMINISTRATIFS

Lorsque Vous vous trouvez à l'*Étranger* ou en cas de rapatriement médical et si la langue parlée vous pose d'importants problèmes de compréhension de documents légaux ou administratifs, APRIL Assistance organise et prend en charge les services de traduction des dits documents vers votre langue maternelle. La prise en charge d'APRIL Assistance ne peut excéder **500 € par Année d'assurance**. APRIL 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 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 Assistance a assuré à ses frais votre retour, Vous devez impérativement remettre à APRIL 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 de Paris statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'organisme assureur.

Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris peut en décider autrement lorsque Vous avez mis en œuvre 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 œuvre, 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* (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, les juristes, spécialistes de la négociation, engagent les démarches juridiques nécessaires auprès de votre *Adversaire*, afin de trouver en priorité une solution amiable au *Différend* qui vous oppose. Cette démarche est la plus efficace et la plus rapide pour faire valoir vos droits.

Prise en charge des frais de justice

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

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

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

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

Comment 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, ou par e-mail à 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 indiquée qui a été désignée - propose, l'organisme assureur vous rembourse, dans la limite du montant de la garantie. Vous pouvez également soumettre ce désaccord à l'appréciation d'une tierce personne librement désignée par Vous, reconnue pour son indépendance et habileté 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^{ème} 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)*.

À réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des *Bénéficiaire(s)*, *Nous* disposons d'un délai de quinze (15) jours pour réclamer au(x) *Bénéficiaire(s)* l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

À réception de l'entier dossier et si l'indemnisation est due, *Nous* procédons au règlement du capital dans un délai de trente (30) jours.

À défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la législation en vigueur.

Lorsque l'indemnisation est due, le capital garanti en cas de décès de l'*Assuré* est revalorisé à compter de la date du décès et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des Dépôts et Consignations, selon un taux déterminé par décret.

En cas d'impossibilité d'identifier ou de retrouver le ou les *Bénéficiaires* du contrat dans le délai de dix (10) ans à compter de la connaissance du décès, l'organisme assureur sera dans l'obligation de verser le capital dû auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Les sommes déposées à la CDC qui ne seront pas réclamées, seront acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt (20) ans à compter de la date de leur dépôt à la CDC.

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^{ème} 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^{ème} 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 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)*.

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^{ème} 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^{ème} jour d'arrêt total et continu de travail ;
- si les garanties en cas d'arrêt de travail sont sélectionnées : à compter du 31^{ème} ou 61^{ème} 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 EN COMPLÉMENT DE LA CFE/SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE (ou régime équivalent français) :

Nous intervenons après la participation de votre régime d'assurance de base français (Sécurité sociale française ou régime équivalent français) ou de la Caisse des Français de l'Étranger. Si Vous êtes adhérent à la CFE, Vous devrez donc avoir au préalable souscrit à l'option indemnités journalières/capital décès de la CFE.

Si votre situation n'ouvre pas droit au remboursement de votre régime de base, Nous intervenons au 1^{er} euro sous réserve que Vous nous présentiez préalablement un justificatif de non prise en charge de votre régime d'assurance de base français.

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^{ère} année et ensuite sur le dernier appel de cotisation.

Le total mensuel des indemnités journalières perçu par votre régime de base et au titre du contrat Rubelles + 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 professionnelle, 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.

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 $n/66^{\text{ème}}$ 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 exposez 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^{ème} 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^{ème} 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.

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

d) Revalorisation des prestations

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

Elles sont revalorisées de 2% au 1^{er} 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

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 ;
- d'un justificatif de prise en charge de votre régime de base.

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 et qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- 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 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 non motivées médicalement ;
- le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- les séjours en gériatologie, 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 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^{ème} 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 auriez dû être pris en charge au titre d'une assurance légalement obligatoire. L'organisme assureur n'intervient pas si une garantie présente dans l'un 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 ou Conflit d'intérêts ;
- pour les *Litiges* se rapportant à l'expression d'opinions politiques ou syndicales ;
- pour les *Litiges* concernant les immeubles de rapport ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine de l'urbanisme ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine douanier ;

- pour les *Litiges* se rapportant au mandat d'une société civile ou commerciale qui 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 accidents de circulation en véhicule à deux roues si l'*Assuré* ne portait pas de casque ;
- 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 participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- de la pratique de la chasse ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'*Assuré* a qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- de la pratique de la voile et de la navigation en haute mer à titre privé ou professionnel (au-delà de 200 miles nautiques) ;
- de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

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

11. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

11.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

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

pour les garanties frais de santé, 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°A3MRUBFDS2010 et A3MRUBPREV2010), 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 CHUBB (convention n°FRBBBAO1854), 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 CHUBB (contrat n°FRBOPA10172), entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100 Leadenhall street, Londres, EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre du commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

La garantie assistance juridique est assurée par Solucia PJ (contrat n°10006607), 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 par actions simplifiée au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 (www.orias.fr), située 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

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 Rubelles + 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 dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances français, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance ».

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le *Bénéficiaire* est une personne distincte du *Souscripteur* et, dans les contrats d'assurance contre les *Accidents* atteignant les personnes, lorsque les *Bénéficiaires* sont les ayants droit de l'*Assuré* décédé.

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*.

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil français sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil français),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil français),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil français),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil français),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil français).

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

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. RÉCLAMATION - MÉDIATION :

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

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

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

E-mail : suiviclient.expat@april-international.com

Pour votre information, nos assureurs partenaires Axéria Prévoyance (90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE), CHUBB (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 le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, *Vous* pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au Médiateur - « La Médiation de l'Assurance » - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANCE.

Si l'adhésion au présent contrat a été effectuée à distance par Internet, *Vous* pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

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 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. Par ailleurs, en application de l'article L223-1 et suivants du Code de la consommation, *Nous* vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec *Nous*, *Vous* ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, *Vous* pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10000 Troyes - FRANCE, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en nous transmettant votre demande à l'adresse indiquée ci-dessus.

Par ailleurs, *Nous* mettons en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cadre, les données peuvent être transmises aux organismes assureurs, ré-assureurs, intermédiaires en assurance, autorités judiciaires et autres organismes concernés par la Fraude.

Pour répondre à nos obligations légales, *Nous* mettons en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, *Vous* pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés, 8 rue Vivienne, CS 30223, 75083 Paris Cedex 02, FRANCE. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78 -17 du 6 janvier 1978, *Vous* pouvez exercer votre droit d'accès en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

RENONCIATION

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, 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.

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours à compter du lendemain du jour de la signature de votre Demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la Demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Rubelles+ Réf. RUB Cov**

Date de signature de la Demande d'adhésion : / /

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : / / / / /

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : / / / / /

Date et signature de l'adhérent :

/ /

Réservé à APRIL International Expat : n° client



april international | expat

Siège social :

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

Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000€ - RCS Paris 309 707 727

Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL INTERNATIONAL
Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 110, avenue de la République – 75011 PARIS

MISE A JOUR DU 10 MAI 2016

Article 1 – Dénomination

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts, une association sans but lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour dénomination « Association des Assurés d'April International », ou en abrégé « A³I »

Article 2 – Siège

Le siège social est fixé à Paris XI^{ème}, 110 avenue de la République Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration qui dispose à cet effet du pouvoir de modifier les statuts. Des bureaux de représentation à l'étranger peuvent être créés sur décision du Conseil d'Administration. Ces bureaux sont régis selon les présents statuts.

Article 3 – Objet

Cette association a pour objet d'étudier, 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.

Article 4 - Durée

L'association est constituée pour une durée illimitée. Elle prend fin toutefois en cas de dissolution volontaire, statutaire, ou judiciaire.

Article 5 – Membres

L'association se compose de :

- membres adhérents « Particuliers »
- membres adhérents « Entreprises »
- membres fondateurs qui sont garants de l'éthique et des valeurs défendues par l'association. Le collège des membres fondateurs peut désigner d'autres membres fondateurs.

Les membres adhérents prennent l'engagement de verser annuellement la cotisation dite « associative » fixée par le conseil d'administration.

Sont également membres de l'association, mais sans voix délibérative, sur décision du conseil d'administration :

- membres bienfaiteurs, personnes physiques ou morales ayant versé un don à l'association.
- membres d'honneur, personnes physiques ou morales désignés pour les services rendus ou l'appui moral apporté à l'association.

Article 6 – Adhésion

Pour faire partie de l'association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de membre adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Article 7 – Démission, Exclusion, décès

La qualité de membre se perd :

- par décès
 - par la démission adressée au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intention du Président, auquel devront être joints la copie du courrier de résiliation aux assurances souscrites dans le cadre de son adhésion. Lesdites résiliations devant respecter les conditions définies par les contrats
 - pour les personnes morales, en cas de liquidation ou de dissolution
 - par radiation prononcée par le conseil d'administration pour infraction aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'association
- La cotisation échue pour l'année en cours reste acquise à l'association.

Article 8 – Responsabilité des adhérents

Aucun membre de l'association, à quelque titre qu'il en fasse partie, n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle ; seul en répond le patrimoine de l'association.

Article 9 – Opposabilité aux adhérents

Toute adhésion à l'association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'association ou l'organisme assureur, est remis aux adhérents lors de leur adhésion à l'association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

Article 10 – Conseil d'administration

1- Composition

Le conseil d'administration se compose de 4 membres administrateurs. Les premiers administrateurs sont désignés par l'assemblée générale constitutive. Par la suite le conseil est renouvelé par tiers tous les cinq ans, les nouveaux membres étant désignés par le conseil et soumis à la ratification de l'assemblée générale suivante. Les membres sortants sont rééligibles. L'ordre de sortie est déterminé d'après l'ancienneté des nominations.

Le conseil d'administration est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant déteu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout administrateur venant en cours de mandat à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'association, s'engage à en informer immédiatement le Président par courrier recommandé avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration venait à faire passer le nombre d'administrateurs ne détenant ou n'ayant déteu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes, à moins de 51%, l'administrateur en question perdra automatiquement sa qualité d'administrateur et il sera procédé à son remplacement conformément au présent article.

En cas de vacance par décès, démission ou toute autre cause, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Leur remplacement définitif intervient à la prochaine assemblée générale. Les mandats des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

A défaut de ratification, les délibérations et les actes accomplis par le conseil d'administration depuis la nomination provisoire n'en demeureront pas moins valables.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL INTERNATIONAL
Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 110, avenue de la République – 75011 PARIS

Est éligible au conseil d'administration toute personne, âgée de 18 ans au moins le jour de l'élection, membre de l'association et à jour de cotisation associative.

Toute nouvelle candidature devra être portée à la connaissance du président du conseil d'administration par courrier recommandé reçu au moins trente jours avant la date de l'assemblée générale accompagnée :

- De la copie d'une pièce d'identité
- D'une attestation sur l'honneur de non condamnation ou mesures mentionnées aux 1° à 5° de l'article L 322-2 du Code des Assurances
- D'une attestation mentionnant l'existence ou la non existence à son bénéfice de mandat ou d'éventuelle rétribution provenant de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'association.

Nul ne peut être membre du conseil d'administration de l'association, ni directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer ou gérer à titre quelconque l'association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'association s'il a fait l'objet d'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 5° de l'article L 322-2 du Code des Assurances.

Le conseil d'administration élit chaque année parmi ses membres à la majorité des suffrages exprimés, un bureau comprenant : un président, un secrétaire, un trésorier et éventuellement ses adjoints. Les membres du bureau sortant sont rééligibles. Une même personne physique peut cumuler deux fonctions au sein du bureau.

Le conseil d'administration peut se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, adhérentes ou non à l'association.

2- Réunions et délibérations du conseil

Le conseil d'administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige sur convocation du Président. La convocation pourra être effectuée par tous moyens à sa convenance. Les réunions peuvent être tenues par conférence téléphonique ou tout autre moyen de communication à distance.

Les convocations comprennent un ordre du jour prévisionnel. L'ordre du jour définitif est arrêté au moment de l'ouverture de la séance. Seules les questions figurant à

l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Les délibérations du conseil d'administration font l'objet d'un procès-verbal, consigné dans un registre signé par le Président et au moins un des administrateurs.

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si plus de la moitié des administrateurs est présente.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des administrateurs présents. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Tout membre du conseil d'administration qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions successives, pourra être exclu par décision du conseil d'administration, après avoir été mis en mesure de présenter ses observations.

3- Pouvoirs

Le conseil d'administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'association. Il fixe notamment le montant de la cotisation associative à verser par les membres de l'association.

Il peut donner toute délégation de pouvoir au Président ou à un membre du bureau.

4- Fonctions et pouvoirs du bureau

Les membres du bureau sont spécialement investis des attributions suivantes :

- le président dirige les travaux du conseil d'administration et assure le fonctionnement de l'association. Il la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il peut déléguer ses pouvoirs à un autre administrateur. En cas d'empêchement, il est suppléé par le secrétaire.

- le secrétaire est chargé de la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations. Il rédige les procès-verbaux des délibérations et les transcrit sur les registres. Il assure l'exécution des formalités prescrites par la loi.

- le trésorier est chargé de la gestion du patrimoine propre de l'association et de la tenue des comptes. Il perçoit les recettes et effectue les paiements sous le contrôle du président. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'assemblée générale qui statue sur les comptes.

5- Rémunération

Les fonctions d'administrateurs sont généralement gratuites. Toutefois, un jeton de présence équivalant à 350 € pour chaque participation à une réunion du conseil d'administration (physique ou à

distance) sera versé aux administrateurs à chaque participation et les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives. Le Président ne peut pas bénéficier de jetons de présence. Le Rapport financier présenté à l'assemblée générale ordinaire doit faire mention des paiements de jeton de présence et des remboursements de frais et débours effectués à des administrateurs.

Article 11 – Assemblées générales

1- Convocation

Les membres de l'association adhérents au jour de la décision de la convocation, sont réunis au moins une fois par an en assemblée générale ordinaire et en tant que besoin en assemblée générale extraordinaire.

Les assemblées générales se composent de tous les membres de l'association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée. Elle est valablement faite au choix du conseil d'administration par lettre simple, courrier électronique ou autre moyen de communication à distance.

Les assemblées se réunissent sur convocation du président de l'association. Les assemblées générales extraordinaires peuvent être convoquées sur la demande d'au moins 10% des adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'assemblée doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du conseil d'administration. Elles sont faites au moins trente jours avant la tenue de l'assemblée générale.

Sont également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent adhérents dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au président du conseil d'administration soixante jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

Seules seront valables les résolutions prises par l'assemblée générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL INTERNATIONAL
Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 110, avenue de la République – 75011 PARIS

2- Droit de vote

Tout adhérent de l'association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'assemblée générale.

Chaque membre adhérent Particulier, ne peut être représenté que par un autre membre adhérent personne physique. Les membres adhérents Entreprise sont représentés par leur représentant légal.

Chaque adhérent a la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à son conjoint. Un même adhérent ne peut disposer de plus de deux votes. Le mandat donné vaut pour une seule assemblée générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux assemblées – ordinaire et extraordinaire – se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'association sont attribués au président et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le conseil d'administration.

3- Tenue des assemblées (ou bureau de l'assemblée)

La présidence de l'assemblée générale appartient au président du conseil d'administration qui peut déléguer ses fonctions à un autre administrateur.

L'assemblée générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des adhérents présents ou représentés.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le président et le secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'association.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le président et le secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les assemblées générales obligent par leurs décisions tous le membre y compris les absents.

4- Assemblée générale ordinaire

Au moins une fois par an, les membres sont convoqués en assemblée générale

ordinaire dans les conditions prévues précédemment.

L'assemblée générale entend :

- le rapport sur la gestion établi par le conseil d'administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'association. Ce rapport est tenu à la disposition des adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes ;
- le rapport moral ;
- le rapport financier.

L'assemblée générale, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile) et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour. Elle pourvoit au renouvellement des membres du conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 10 des présents statuts.

Les décisions de l'assemblée générale ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée.

Pour l'élection des membres du conseil d'administration, le vote secret est obligatoire.

5- Assemblée générale extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions définies précédemment.

L'assemblée générale extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts, les opérations de fusion ou de dissolution.

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des membres présents.

Les votes ont lieu à main levée.

Article 12 – Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration qui pourra compléter les dispositions statutaires.

Article 13 – Ressources et dépenses

Les ressources de l'association se composent :

- des cotisations de ses membres adhérents
- du revenu de ses biens
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'association
- des subventions ou versements autorisés par la loi
- de toute autre ressource non interdites par la loi.

Les dépenses de l'association sont constituées par toutes les sommes

nécessaires à son fonctionnement et à sa représentation. Elles sont ordonnées par le conseil d'administration ou par toute autre personne par lui mandatée à cet effet.

Article 14 – Fonds social

Il est constitué un fonds social utilisé sous la responsabilité du conseil d'administration pour le déploiement d'actions diverses visant la cohésion et le bien être de l'ensemble des adhérents ou l'aide de certains d'entre eux se trouvant dans des cas de détresse grave. Les conditions d'utilisation et les modalités de gestion du fonds social sont précisées dans le règlement intérieur.

Article 15 – Dissolution, liquidation

La dissolution de l'association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidés, sur proposition du conseil d'administration, que par une assemblée générale extraordinaire, selon les conditions prévues ci-dessus. L'assemblée générale extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs, qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif.

Conformément à l'article L141-6 du code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

Article 16 – Déclaration et publication

Le conseil d'administration remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi.

Tous pouvoirs sont conférés à cet effet au porteur d'un original des présentes.

M. Vincent De Meyer
Président

M. Jean-Claude Gaubert
Trésorier

REGLEMENT INTERIEUR

APPROUVE PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 18-12-2012

ARTICLE 1- FONDS SOCIAL

La gestion d'un fonds est confiée par le Conseil d'Administration à une Commission Sociale dont le fonctionnement est délégué à l'un des Administrateurs.

Ce délégué à la Commission Sociale :

- soumet chaque année au Conseil d'Administration le planning des réunions d'attribution,
- gère ce fonds social au mieux des intérêts collectifs,
- établit un bilan annuel présenté au Conseil d'Administration,
- alimente les réflexions du Conseil d'Administration sur les évolutions à apporter à l'utilisation ou la gestion du fonds social.

1-1- Composition

La Commission Sociale est composée d'Administrateurs de l'Association et de 2 membres extérieurs.

1-2- Réunions d'attribution

La présence d'un administrateur et d'un membre de la commission sociale est nécessaire pour le déroulement des réunions d'attribution qui peuvent être tenues par conférence téléphonique ou tout autre moyen de communication à distance.

Les membres présents désignent parmi eux un membre, pour noter sur les fiches de décision de demande d'aide les conditions d'attribution, validées par sa signature.

Les décisions arrêtées par la Commission Sociale ne peuvent faire l'objet d'aucun recours ni d'aucune justification.

Il est établi un compte-rendu de la réunion d'attribution, signé par le membre désigné pour la validation des décisions.

ARTICLE 2- BUDGET DU FONDS SOCIAL

Le budget attribué au fonds social est décidé annuellement par le Conseil d'Administration de l'association. Les sommes non consommées seront reportées automatiquement d'une année sur l'autre.

ARTICLE 3- CONDITIONS D'ACCES AU FONDS SOCIAL

Les conditions suivantes pour solliciter la commission sociale s'appliquent en complément des conditions énoncées à l'article 14 des statuts :

3-1- Bénéficiaire de la demande d'aide

Ont la qualité de bénéficiaire :

ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL INTERNATIONAL

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 110, avenue de la République – 75011 PARIS

- pour les conventions d'assurance souscrites par l'Association correspondant à des garanties individuelles : le ou les Assurés désigné(s) au contrat souscrit non décédé(s),
- pour les conventions d'assurance souscrites par l'Association correspondant à des garanties souscrites par une entreprise pour ses salariés : le ou les Assurés désigné(s) au contrat souscrit non décédé(s).

3-2- Situation du règlement des cotisations d'assurance

Pour bénéficier du fonds social le contrat de l'Adhérent doit être en vigueur et à jour du règlement de ses cotisations d'assurance.

Ne sont pas pris en compte les demandes d'aide des Adhérents postérieures à une situation d'impayé, de mise en demeure, de radiation, de mise en recouvrement.

La commission sociale se réserve la possibilité de venir en aide à un Adhérent qui ne serait pas à jour de ses cotisations, après étude du dossier.

3-3- Résiliation du contrat d'assurance

Ne sont pas prises en compte les demandes d'aide des Adhérents qui auront adressé une demande de résiliation de leur contrat d'assurance.

3-4- Démission de l'Association

Ne sont pas prises en compte les demandes d'aide des Adhérents qui auront démissionné de l'Association ou adressé une demande de démission de l'Association.

3-5- Suspension

Lors de la suspension du contrat d'assurance quelle qu'en soit la cause, l'accès au fonds social sera suspendu d'autant sauf dans les cas expressément requis par la commission sociale.

ARTICLE 4- OBJET DE LA DEMANDE D'AIDE

La Commission Sociale étudie les demandes d'aide dont l'objet concerne la santé du bénéficiaire ou les cas de détresse grave auxquels il pourrait être confronté.

Pour les demandes d'aide relative à la santé, les frais objets de la demande doivent être nécessités pour faire face à une situation d'urgence ou de sécurité et leur coût doit dépasser les capacités financières du bénéficiaire. Leur coût doit en outre être dans la moyenne des tarifs pratiqués.

Pour les demandes relatives aux cas de détresse grave, le fonds social prend en charge tout ou partie des frais occasionnés par l'organisation du secours.

Pour les demandes d'aides relatives à la santé ou aux cas de détresse, le fonds social interviendra après la mise en œuvre des garanties d'assurance auxquelles le bénéficiaire a droit. Le fonds interviendra dès le premier euro dans la mesure où les frais ne pourraient être pris en charge par les garanties d'assurance auxquelles le bénéficiaire a droit.

ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL INTERNATIONAL

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 110, avenue de la République – 75011 PARIS

En cas d'incertitude d'un adhérent quant à un diagnostic ou un traitement médical qui engagerait son pronostic vital, la commission sociale peut se prononcer sur le financement partiel ou intégral d'un deuxième avis médical.

Le fonds social peut intervenir, sur avis de la commission sociale, pour se substituer à des garanties souscrites par l'A3I et auxquelles ne peut prétendre un adhérent ou pour compléter des garanties auxquelles il a droit.

La commission sociale peut aussi délibérer sur le financement d'une cotisation d'assurance A3I d'un adhérent qui se trouverait dans une situation d'indigence.

L'étude des demandes d'aide se fait dans l'ordre de leur réception par la Commission Sociale.

ARTICLE 5- CONDITIONS DE L'ATTRIBUTION DE L'AIDE

Toute demande d'aide est soumise à la justification des conditions de ressources déterminées par la Commission Sociale et faisant l'objet de la constitution d'un dossier adressé par l'Association.

5-1- Pour être présenté et étudié par la Commission Sociale :

- le dossier doit être accompagné de toutes les pièces justificatives demandées,
- le bénéficiaire doit avoir au préalable sollicité tous les organismes obligatoires, complémentaires ou spécialisés dont il est ressortissant et communiqué à l'Association les notifications d'accord ou de refus de ces organismes,
- le bénéficiaire ou son représentant devra avoir complété une « Lettre à l'attention de la Commission Sociale » permettant aux membres de la Commission Sociale de s'informer et de comprendre la situation de détresse subie par le bénéficiaire,
- dans le cas où les frais de santé définis à l'article 4 n'ont pas été engagés, le bénéficiaire doit présenter deux devis comparatifs de deux praticiens ou deux fournisseurs différents pratiquant des conditions tarifaires et (ou) offrant des services dans la moyenne des tarifs pratiqués.

5-2- En outre, pour être présenté et étudié par la Commission Sociale :

- la somme attribuée pour chaque dossier ne peut excéder un pourcentage spécifique du fonds social. Ce pourcentage est annuellement révisé, en fonction des fonds disponibles. Le taux est fixé à par avenant au présent règlement intérieur,
- les fonds attribués au cours d'une année ne peuvent excéder le montant de la provision fixée par avenant au présent règlement. Le montant de la provision est révisé annuellement.

ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL INTERNATIONAL

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 110, avenue de la République – 75011 PARIS

Compte tenu du caractère exceptionnel des aides, la Commission Sociale ne peut attribuer d'aide qu'une seule fois par bénéficiaire pendant toute la durée de son Adhésion à l'Association et au contrat d'assurance pour lequel il est assuré.

En cas de demande de la part de la Commission Sociale restée sans réponse de la part de l'intéressé durant plus de quatre mois, la demande d'aide sera automatiquement classée sans suite.

La décision prise par la Commission Sociale est communiquée par courrier au bénéficiaire.

ARTICLE 6- CONDITIONS DE REGLEMENT DE L'AIDE

Le versement de l'aide est conditionné à un délai de réalisation des soins. Tout ajournement de ce délai est soumis à l'accord de l'Association et peut éventuellement faire l'objet d'une nouvelle décision de la Commission Sociale.

Le montant de l'aide versée ne peut dépasser le montant des frais qui sont à la charge du bénéficiaire.

6-1- Dépenses non engagées

Toute facture non conforme au devis présenté et retenu par la Commission Sociale pour l'attribution d'une aide fera l'objet d'une nouvelle décision de la Commission Sociale.

Le règlement de l'aide est fait au nom du bénéficiaire ou à défaut du tiers désigné sur sa procuration.

6-2- Dépenses déjà engagées

Le règlement est fait au nom du bénéficiaire ou de ses représentants légaux.

6-3- Vérification

Le bénéficiaire de l'aide devra fournir, le cas échéant, les décomptes de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie, de la CMU ou de la CMUC, de la complémentaire santé et de la surcomplémentaire ainsi que le montant des aides des autres organismes.

Si une différence de montant est constatée par rapport aux justificatifs présentés dans la demande d'aide, la Commission Sociale devra statuer à nouveau.

6-4- Annulation du versement de l'aide

Le versement de l'aide sera annulé si au moment de son règlement :

- L'adhérent au contrat d'assurance :
 - A résilié,
 - A adressé une demande de résiliation,
 - Est dans une situation d'impayé, de mise en demeure, de radiation, de mise en recouvrement, sauf avis contraire de la commissions sociale ;

ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL INTERNATIONAL

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 110, avenue de la République – 75011 PARIS

- L'adhérent est démissionnaire de l'Association ou a adressé une demande de démission de l'Association ;
- Il est constaté que le bénéficiaire a reçu une ou plusieurs aides d'autres organismes qui n'avaient pas été portées à la connaissance de la Commission Sociale lors de la constitution du dossier de demande d'aide. Dans ce cas, la demande fera l'objet d'une nouvelle décision de la Commission Sociale.

ARTICLE 7- INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la loi française "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 et, au niveau européen, de la Directive 95/46/CE du 24 octobre 1995 sur la protection des données personnelles et de la vie privée, tout adhérent ayant déposé une demande d'aide auprès de la commissions sociale peut demander à accéder, faire modifier, faire rectifier ou faire supprimer les données le concernant conservées par la commission sociale en adressant un courrier accompagné d'une copie d'un justificatif d'identité et en indiquant ses coordonnées postales, à l'adresse suivante : Association des assurés d'APRIL International – Commission sociale, 110 avenue de la République, 75011 Paris.

AVENANT N°1 – CARACTERISTIQUES TECHNIQUES DU FONDS SOCIAL

Article 1 : Pourcentage d'attribution maximum par bénéficiaire

Chaque bénéficiaire ne peut se voir attribuer un montant supérieur aux montants définis ci-après :

L'attribution 2013 maximum pour chaque bénéficiaire ne peut excéder **5%** du fonds social arrêté au 31 décembre de l'année 2012.

Article 2 : Provision

Le fonds social est garanti par la constitution d'une provision non déblocable dont le montant est défini ci-après :

La provision 2013 est fixée à **65%** du fonds social arrêté au 31 décembre 2012.

La provision peut toutefois être partiellement débloquée dans des situations exceptionnelles, sans excéder 50% de son montant et sur avis favorable unanime de la commission sociale.