

# CONDITIONS GÉNÉRALES 2020-2021

Réf : ExS Cov

# EXPAT STUDENT



**april**  
international

L'assurance en plus facile.



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

## SOMMAIRE

<b>1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT</b>	<b>P.3</b>
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION	p.3
1.2. SERVICE 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 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	p.5
1.6. SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION	p.5
1.7. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE	p.5
1.8. SERVICES EN LIGNE	p.5
1.9. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?	p.5
<b>2. DÉFINITIONS</b>	<b>P.6</b>
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 ASSISTANCE JURIDIQUE	p.7
2.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE	p.7
2.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT	p.7
2.7. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSURANCE EXAMEN	p.8
<b>3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT</b>	<b>P.8</b>
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?	p.8
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p.8
<b>4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?</b>	<b>P.8</b>
<b>5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT</b>	<b>P.9</b>
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?	p.9
5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT	p.9
5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT	p.9
5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT	p.9
5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?	p.10
<b>6. COTISATIONS</b>	<b>P.10</b>
6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?	p.10
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p.10
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?	p.10
<b>7. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT</b>	<b>P.11</b>
7.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	p.11
7.2. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?	p.11
<b>8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?</b>	<b>P.11</b>
8.1. FRAIS DE SANTÉ	p.11
8.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.16
8.3. ASSISTANCE JURIDIQUE	p.18
8.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE	p.20
8.5. INDIVIDUELLE ACCIDENT	p.20
8.6. ASSURANCE EXAMEN	p.21
<b>9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT</b>	<b>P.22</b>
<b>10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>P.26</b>
10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p.26
10.2. CADRE LÉGAL	p.26
10.3. PRESCRIPTION	p.26
10.4. SUBROGATION	p.27
10.5. RÉCLAMATION - MÉDIATION	p.27
10.6. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p.27

### Remarque :

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

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

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

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

## 1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

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

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

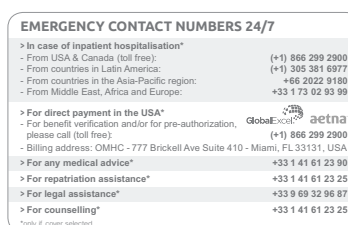
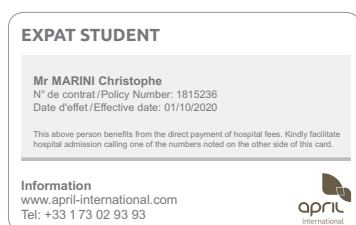
**Nous vous informons qu'il est impératif de nous contacter au minimum 5 jours avant toute Hospitalisation. En cas de non respect de cette formalité, une Franchise de 20% sera appliquée à votre remboursement.**

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

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

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

Ces numéros sont également présents sur votre carte d'assuré, remise lors de votre adhésion, accessible depuis votre application Easy Claim :



### 1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

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

Il est impératif d'avoir l'accord préalable d'Europ Assistance (voir paragraphe 8.2).

Pour cela, veuillez contacter Europ 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 :

#### CAS SPÉCIFIQUES POUR LES SOINS EFFECTUÉS AUX ÉTATS-UNIS.

**NOUS METTONS À VOTRE DISPOSITION DES RÉSEAUX DE SOINS AU SEIN DESQUELS VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN SERVICE DE PAIEMENT DIRECT.**

Ces deux réseaux comptent 690 000 médecins, plus de 5 500 hôpitaux et plus de 68 000 pharmacies auprès desquels *Vous* n'avez pas à faire l'avance d'argent, nous réglons directement votre facture, dans les limites de couverture de votre contrat.

#### COMMENT CONNAITRE LES HÔPITAUX, PHARMACIES ET MÉDECINS PARTENAIRES ?

Pour cela :

- Rendez-vous sur [omhc.com/april](http://omhc.com/april)
- Cliquez sur « Selecting a provider » puis sur « Search now ».
- Indiquez la localisation puis cliquez sur « Search ».
- Sélectionnez « Passport to Healthcare® Primary PPO Network », puis cliquez sur « Continue ».
- Sélectionnez la spécialité médicale puis choisissez un professionnel de santé dans la liste proposée, afin d'obtenir ses coordonnées.
- *Vous* pouvez également parcourir les rubriques « Other useful ressources » pour effectuer votre recherche.

Ou rendez-vous directement sur votre application EASY CLAIM.

**Nous ne prendrons pas en charge vos dépenses de santé effectuées en dehors de nos réseaux de soins partenaires, sauf en cas de Force majeure. Dans certains cas d'urgence, il est possible que *Vous* ne puissiez pas vous rendre auprès d'un professionnel de santé membre du réseau AETNA. Dans cette situation, vos dépenses seraient prises en charge.**

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

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

Ce service est disponible pour vos consultations de généralistes et de spécialistes,

- vos analyses,
- vos radiographies,
- vos examens et soins médicaux,

auprès des professionnels de santé appartenant au réseau AETNA.

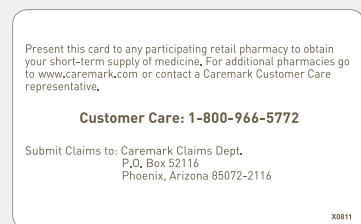
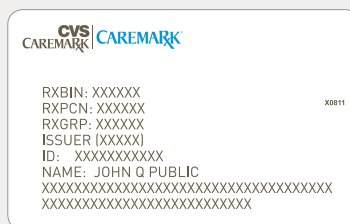
**Pour plus d'informations concernant ce service et notamment connaître les professionnels de santé partenaires proches de chez Vous, Vous pouvez :**

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

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

### 1.3.2. SERVICE DE TIERS PAYANT PHARMACEUTIQUE

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



Si Vous avez sélectionné les États-Unis comme *Pays de destination*, Vous recevrez par e-mail, après votre adhésion, votre carte de tiers payant pharmaceutique. En présentant cette carte dans l'une des pharmacies du réseau Caremark aux États-Unis, Vous pourrez bénéficier de la prise en charge directe de vos dépenses couvertes par votre contrat. Vous n'aurez pas d'avance de frais à faire : Nous réglerons directement la pharmacie.

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

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

### 1.4. SERVICE DE TIERS PAYANT AU MEXIQUE :

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

**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 [cniglobalservices@globalexcel.com](mailto:cniglobalservices@globalexcel.com).

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 Global Excel. Ce service est disponible auprès des professionnels de santé appartenant au réseau Global Excel pour :

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

La prise en charge est faite dans la limite de couverture des garanties offertes par le présent contrat. Si vos soins ne sont pas entièrement couverts par votre contrat, Vous devrez régler le solde de votre facture non pris en charge, directement auprès du professionnel de santé. Le service de tiers payant au Mexique ne peut pas être proposé aux *Assurés* ayant été acceptés à des conditions particulières (avec une exclusion médicale par exemple).

### 1.5. SERVICE DE 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.**

## 1.6. SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION :

Avec ce service, vous pouvez consulter un médecin à distance, dans le respect du secret médical. Soumettez votre demande depuis votre appli Easy Claim et un professionnel de santé vous rappellera sous **3 heures, 24h/24 et 7j/7 partout dans le monde**, dans la langue de votre choix. Pratique et simple à utiliser, où que vous soyez, *Vous* n'avez plus besoin de vous déplacer pour consulter un médecin !

## 1.7. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE :

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

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

## 1.8. SERVICES EN LIGNE :

**Si Vous êtes Assuré principal et en téléchargeant l'application Easy Claim, Vous pouvez :**

- vos décomptes de remboursement, vos garanties ainsi que les présentes Conditions générales,
- envoyer vos demandes de remboursement de frais de santé jusqu'à 1 000 €,
- consulter et télécharger votre Carte Assuré,
- demander une prise en charge avant une hospitalisation,
- trouver un professionnel de santé proche de chez vous recommandé par APRIL,
- connaître vos contacts privilégiés et nous joindre facilement,
- modifier/ajouter votre RIB de remboursement,
- consulter et modifier vos coordonnées personnelles,
- consulter le détail de vos remboursements,
- télécharger vos documents (attestation d'assurance, décompte de remboursement, formulaires, etc.),
- accéder au service de téléconsultation.

**Si Vous êtes Adhérent, Vous avez accès à votre Espace Client, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe, envoyés par e-mail suite à votre adhésion. Vous pouvez ainsi :**

- 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.

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

**Pour envoyer une Demande de remboursement :**

**Par voie électronique, pour les factures d'un montant maximum de 1000 € chacune :**

**> Service disponible en cas de choix de couverture au 1<sup>er</sup> euro (Option 1)**

Adressez-nous vos factures, dont le montant total par facture ne dépasse pas 1 000 €, via l'application APRIL Easy Claim téléchargeable gratuitement sur l'App Store ou sur Google Play.

Notre service Remboursements prendra alors en charge directement votre demande. **Vous conservez les originaux de vos factures chez vous.** Le fonctionnement et les règles d'utilisation de l'application vous seront expliqués lors de la première utilisation et restent accessibles ensuite à tout moment au sein de l'application.

**Par voie postale :**

**> Si Vous êtes bénéficiaire d'une couverture au 1<sup>er</sup> euro :**

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

**APRIL International Care France** - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

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

Veuillez adresser vos factures acquittées à la **Caisse des Français de l'Étranger** en vous rendant directement dans votre espace personnel sur le site de la CFE, dans la rubrique « Mes remboursements ». Vous pourrez y déposer vos factures en ligne, sans limite de paiement (hors frais d'hospitalisations).

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

**> Si Vous êtes bénéficiaire de la Sécurité sociale française :**

Veuillez adresser vos demandes de remboursements à votre CPAM.

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

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

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

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à nous faire parvenir un devis détaillé et un formulaire appelé « *Demande d'entente préalable* » complété par le praticien prescrivant ces actes, à l'adresse indiquée ci-dessus ou par e-mail à [remboursement.expat@april-international.com](mailto:remboursement.expat@april-international.com) (voir paragraphe 8.1.3). En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* » (voir paragraphe 8.1.2).

## 2. DÉFINITIONS

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

### 2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article L.1315 du Code Civil français, il vous appartient d'apporter la preuve de l'*Accident* et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- ACCIDENT CARACTÉRISÉ** : accident constaté par une autorité compétente présente sur le lieu de l'évènement (forces de police, pompiers, ambulanciers-urgentistes) ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'*Accident*.
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL International et qui paie les *Cotisations*.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
- ASSURÉ, « VOUS »** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties du présent contrat. C'est-à-dire Vous et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites au *Certificat d'adhésion*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.
- AUTORITÉ MÉDICALE** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où Vous vous trouvez.
- C CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document valant attestation d'assurance, que Nous remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Expat Student et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, les garanties et l'option sélectionnée. Le *Certificat d'adhésion* correspond aux conditions particulières du contrat.
- CONJOINT** : l'époux ou l'épouse de l'*Assuré principal*, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'*Assuré principal* bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du *Sinistre*. Le concubin notoire de l'*Assuré principal* pourra être considéré comme ayant la qualité de *Conjoint* si justification de sa qualité est faite. Le *Conjoint* doit également être majeur et résider en dehors de son *Pays de nationalité* pendant toute la durée du contrat.
- COTISATION** : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au *Certificat d'adhésion*.
- E ENFANT À CHARGE** : enfant âgé de moins de 18 ans inclus et fiscalement à charge.
- ÉLÈVE / ÉTUDIANT** : personne physique inscrite dans un établissement d'enseignement dans son *Pays de destination*, titulaire d'une carte d'étudiant ou pouvant fournir une attestation de scolarité ou jeune au pair.
- EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- F FRANCHISE** : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.
- M MALADIE INOPINÉE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.
- MALADIE PRÉEXISTANTE** : affection médicale qui s'est manifestée avant la date de la signature de votre *Demande d'adhésion* (incluant votre Profil de santé). Est considérée comme *Maladie préexistante* toute affection de ce type dont Vous avez eu connaissance, ou dont Vous auriez raisonnablement pu avoir connaissance, au moment de l'adhésion au présent contrat.
- N NOUS** : APRIL International Care France.
- P PAYS DE DESTINATION** : le pays de résidence où Vous séjournerez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.
- PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».
- S SINISTRE** : événement, maladie ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

## 2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

- A ACCORD PRÉALABLE** : certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, *Vous* aurez donc à nous faire parvenir un devis détaillé et un formulaire appelé « *Demande d'entente préalable* ». En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* ».  
**ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE** : questionnaire médical à nous retourner impérativement complété par votre praticien avant toute *Hospitalisation* (ou le plus rapidement possible en cas d'*Accident* ou d'urgence) afin d'obtenir notre *Accord préalable*. Une *Franchise* de 20% sera retenue sur votre remboursement si cette formalité n'est pas respectée.
- C COMPLICATIONS DE GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT** : elles concernent d'une part, les complications qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse, et dans ce contexte seront couverts les cas suivants : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, pré-éclampsie, fausse couche, risques de fausse couche et enfant mort-né ou môle. Seront également couvertes les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire.  
**COÛTS RAISONNABLES ET HABITUELS** : les coûts des frais de santé sont considérés comme étant raisonnables et habituels lorsqu'ils n'excèdent pas les tarifs habituellement pratiqués pour une prestation ou un traitement identique dans la localité où ils sont engagés. Nos bases de données constamment enrichies de tarifs de référence depuis plus de 20 ans sont mises à jour chaque année.
- D DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée au *Certificat d'adhésion*.  
**DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE** : formulaire à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre *Accord préalable* avant d'engager certains actes ou traitements.
- F FORFAIT JOURNALIER** : part du prix de journée d'*Hospitalisation* en France non prise en charge par la Sécurité sociale française.  
**FRAIS RÉELS** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures, consécutivement à un *Accident* ou une maladie.  
**HOSPITALISATION DE JOUR** : hospitalisation de moins de 24 heures pour laquelle un lit vous est attribué, sans que *Vous* ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.
- R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation* (*Hospitalisation* de plus de 24 heures ou *Hospitalisation de jour*), sans avance de frais, sous réserve de l'étude de votre *Attestation médicale confidentielle*. *Vous* pouvez déclencher ce service en utilisant les numéros d'urgence mentionnés au paragraphe 1.1.

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

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

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

- L LITIGE, CONFLIT, DIFFÉREND** : désaccord ou contestation d'un droit dont le caractère préjudiciable ou répréhensible peut motiver une réclamation ou des poursuites vous opposant à un *Tiers identifié*.
- T TIERS IDENTIFIÉ OU ADVERSAIRE** : personne physique ou morale, dont *Vous* connaissez l'identité et l'adresse, responsable de vos dommages ou contestant l'un de vos droits.

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

- D DOMMAGES CORPORELS** : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.  
**DOMMAGES IMMATÉRIELS** : tous dommages autres que corporels et matériels et qui sont la conséquence directe et immédiate de *Dommages corporels* ou *matériels* assurés.  
**DOMMAGES MATÉRIELS** : dommages portant atteinte à la structure ou à la substance de la chose et résultant d'un événement garanti.
- R RESPONSABILITÉ CIVILE** : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

## 2.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT :

- B BÉNÉFICIAIRE** : personne physique qui reçoit l'*Indemnité* ou le capital versé par l'organisme assureur.
- I INDEMNITÉ** : somme versée pour réparer le préjudice que *Vous* avez subi.  
**INDIVIDUELLE ACCIDENT** : garantie prévoyant le paiement d'un capital si *Vous* décédez ou devenez invalide suite à un *Accident*.  
**INVALIDITÉ (TOTALE OU PARTIELLE)** : invalidité consécutive à un *Accident* entraînant votre impossibilité physique totale ou partielle, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, de poursuivre normalement le cursus de formation pour lequel *Vous* êtes inscrit ou votre séjour au pair.



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

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

## 3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

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

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

- remboursement de frais de santé au 1<sup>er</sup> euro ou en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) ou de la Sécurité Sociale française,
- assistance rapatriement,
- assistance juridique,
- *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative,
- *Individuelle accident*,
- assurance *Examen*.

### 3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

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

**Zone 0** : États-Unis et Mexique,

**Zone 1** : Canada, Chine, Hong-Kong, Royaume-Uni, Singapour et Suisse,

**Zone 2** : Tous les pays non listés dans les zones 0 et 1.

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

**En zone tarifaire 0** : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier, y compris dans votre *Pays de nationalité* pour des retours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*.

**En zone tarifaire 1** : les garanties sont acquises à l'année dans les pays des zones 1 et 2, y compris dans votre *Pays de nationalité* pour des retours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*. Les garanties sont acquises en zone tarifaire 0 uniquement en cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée*, pendant les séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*.

**En zone tarifaire 2** : les garanties sont acquises à l'année dans les pays de la zone 2, y compris dans votre *Pays de nationalité* pour des retours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*. Les garanties sont acquises en zones tarifaires 0 et 1 uniquement en cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée*, pendant les séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*.

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

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

## 4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

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

- être âgé de plus de 12 ans et de moins de 41 ans pendant toute la durée du contrat ;
- résider hors de votre *Pays de nationalité* pendant la durée du contrat ;
- bénéficier d'un statut d'*Étudiant* ou *Élève* pendant toute la durée du contrat ou effectuer un séjour au-pair dans le cadre d'un contrat de placement avec une famille-hôte ;
- produire une photocopie de votre carte étudiante ou un certificat de scolarité en cours de validité avant le 31 octobre de chaque *Année d'assurance* ou la copie d'un contrat de placement auprès d'une famille-hôte en cas de séjour au-pair ;
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Profil de santé au maximum six mois avant la *Date d'effet* du contrat.

Dans le cadre d'une couverture frais de santé en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française, *Vous* devez également



être affilié à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) ou à la Sécurité Sociale française pendant toute la durée du contrat et bénéficier à ce titre du régime maladie/maternité de la CFE ou de la Sécurité Sociale française.

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

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

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

L'adhésion est subordonnée à notre acceptation médicale. *Nous* nous réservons la possibilité de demander des formalités médicales complémentaires en fonction des réponses faites au Profil de santé.

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

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

### 5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

À la date indiquée sur le *Certificat d'adhésion* et au plus tôt le 16 du mois ou le 1<sup>er</sup> du mois suivant la réception et l'acceptation du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Profil de santé complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*.

Si votre dossier nécessite une étude médicale, votre contrat débutera au plus tôt le 1<sup>er</sup> 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 d'un *Délai d'attente* de 10 mois pour les frais liés à la maternité dans le cadre de la garantie frais de santé.

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

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

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

La durée maximale de couverture est limitée à 6 ans.

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

- a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle au 30/09, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée au plus tard le 31/07) ;
- b) en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 6.3) ;
- c) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés d'APRIL International à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;
- d) dès que *Vous* cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4) ;
- e) lorsque *Vous* n'êtes plus expatrié, sur présentation d'un document officiel en attestant (par exemple, une attestation d'affiliation au régime de Sécurité sociale de votre *Pays de nationalité*) ;
- f) dès que *Vous* atteignez l'âge de 41 ans ;
- g) à l'issue de 6 ans de couverture.

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

### Sanctions en cas de fausse déclaration

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

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

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

**Il vous sera demandé de rembourser l'ensemble des prestations qui vous 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*.

### Dans tous les cas, pour exercer ce droit de 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 Care France - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE .

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 29 ou d'adresser à APRIL International Care France une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse)  
déclare renoncer à mon adhésion au contrat « Expat Student » 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 des cotisations dues au régime obligatoire dont Vous pourriez relever.**

### 6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

La *Cotisation* évolue au 1<sup>er</sup> octobre de chaque année en fonction de l'âge de l'Assuré.

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

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

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

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

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

### 6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

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

- carte bancaire,
  - virement bancaire (les frais de virement sont à la charge de l'Adhérent),
  - prélèvement SEPA sur un compte en France, à Monaco ou en Allemagne.
- Le règlement mensuel n'est disponible qu'en cas de paiement par prélèvement SEPA.

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

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 10 jours de son échéance, Nous adresserons à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci 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 pourrons faire appel à une société spécialisée dans le recouvrement des impayés à l'international.

Les majorations pour frais de gestion liées à nos actions ou celles de nos prestataires seront à la charge de l'*Adhérent*.

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

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

## 7. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

### 7.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

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

En cas de changement de *Pays de destination*, veuillez nous adresser une nouvelle attestation de scolarité émise par votre nouvel établissement ou la copie d'un contrat de placement auprès d'une famille-hôte en cas de séjour au-pair.

En cas de changement de type de couverture (1<sup>er</sup> euro ou complément CFE ou de la Sécurité Sociale française), Vous pourrez être soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat.

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

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

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

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

### Assurances cumulatives :

**Les remboursements de l'organisme assureur et de tout autre organisme public ou privé ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, Vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.**

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

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

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

### 8.1. FRAIS DE SANTÉ :

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

#### 8.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Deux options vous sont proposées :

- **l'Option 1** couvre les frais de santé dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé,
- **l'Option 2** couvre les frais de santé en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) ou de la Sécurité Sociale française.

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

**En cas de choix de l'Option 1**, est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé médicalement justifiées pour des actes mentionnés au tableau des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée.

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

**Les frais sont remboursés poste par poste selon l'option choisie et conformément au tableau des garanties.** Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de survenance du *Sinistre*. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de couverture pourront être indemnisés.

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

**Plafonds :**

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

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

**Accord préalable**

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

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

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

Le formulaire *Attestation médicale confidentielle* est disponible depuis votre application Easy Claim ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 99 ou par e-mail à [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com).

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

- par fax : + 33 (0)1 73 02 93 60,
- par e-mail : [hospitalisation.expats@april-international.com](mailto:hospitalisation.expats@april-international.com),
- par courrier : APRIL International Care France - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE .

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

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

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

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

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

Dans tous les cas, *Nous* vous demanderons de nous transmettre les factures et comptes-rendus hospitaliers correspondant à votre séjour. Si *Vous* n'avez pas bénéficié du *Règlement direct de vos frais d'hospitalisation*, reportez-vous au paragraphe 8.1.4. pour savoir comment obtenir le remboursement de la facture que *Vous* avez réglée.

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

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant le début des soins, *Vous* aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une *Demande d'entente préalable* accompagnée d'un devis détaillé. Le formulaire *Demande d'entente préalable* est disponible depuis votre application Easy Claim ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com).

**Sont soumis à Accord préalable :**

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

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

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

**APRIL International Care France** - Service courrier - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE  
E-mail : [remboursement.expats@april-international.com](mailto:remboursement.expats@april-international.com)

## TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES PRESTATIONS	Option 1 : Remboursements au 1 <sup>er</sup> euro	Option 2 : Remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française
<p>➤ Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré : 1 000 000 €</p>		
<p><b>HOSPITALISATION*</b> (hors médecine courante et hors maternité)</p>		
<p><i>Hospitalisation</i> médicale, chirurgicale ou <i>Hospitalisation de jour*</i> : Transport en ambulance (si <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International) Frais de séjour (y compris <i>Forfait journalier</i> en France) Honoraires médicaux et chirurgicaux Examens, analyses, médicaments Actes médicaux</p>	<p>100% des <i>Frais réels</i></p>	<p>remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1</p>
<p><i>Hospitalisation</i> pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux*</p>	<p>80% des <i>Frais réels</i>, jusqu'à 20 jours/an</p>	
<p><i>Règlement direct des frais d'hospitalisation</i></p>	<p>délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24</p>	<p>délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 si Vous êtes assuré en complément de la CFE</p>
<p>Chambre privée</p>	<p>100% des <i>Frais réels</i>, jusqu'à 80 €/jour</p>	<p>100% des <i>Frais réels</i>, jusqu'à 80 €/jour</p>
<p><b>MÉDECINE COURANTE*</b> (hors maternité)</p>		
<p>Consultations de médecins généralistes</p>	<p>100% des <i>Frais réels</i>, limités à 80 €/visite au-delà de 2 visites/an</p>	
<p>Consultations de médecins spécialistes</p>	<p>100% des <i>Frais réels</i>, limités à 110 €/visite au-delà de 2 visites/an</p>	
<p>Consultations de psychiatres</p>	<p>100% des <i>Frais réels</i>, limités à 80 €/visite et à 5 visites/an</p>	
<p>Soins infirmiers** suite à <i>Hospitalisation</i> et/ou <i>Accident caractérisé</i></p>	<p>100% des <i>Frais réels</i></p>	
<p>Kinésithérapie**</p>	<p>100% des <i>Frais réels</i>, jusqu'à 500 €/an</p>	<p>remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1</p>
<p>Analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie</p>	<p>100% des <i>Frais réels</i></p>	
<p>Soins dentaires</p>	<p>100% des <i>Frais réels</i>, jusqu'à 300 €/an</p>	
<p>Optique : verres et monture ou lentilles suite à <i>Accident caractérisé</i></p>	<p>100% des <i>Frais réels</i>, jusqu'à 100 €/an</p>	

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

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

NATURE DES PRESTATIONS	Option 1 : Remboursements au 1 <sup>er</sup> euro	Option 2 : Remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française
------------------------	---	---

> Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré : 1 000 000 €

#### MATERNITÉ\* - Délai d'attente de 10 mois

Garantie valable uniquement si votre Pays de destination principal est l'un des pays suivants : Canada, Chine, États-Unis, Hong-Kong, Mexique, Royaume-Uni, Singapour et Suisse

Règlement direct des frais d'hospitalisation lors de l'accouchement	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 si Vous êtes assuré en complément de la CFE
Frais d'accouchement : Hospitalisation*, chambre privée, frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux	100% des Frais réels, jusqu'à 7 500 €/grossesse, chambre privée limitée à 80 €/jour (montant porté à 15 000 €/grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
Consultations, pharmacie, examens et soins pré et post natal		
Complications de grossesse et à l'accouchement	100% des Frais réels	

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

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

##### a) En cas de choix de l'Option 1



#### Pour obtenir un remboursement :

##### > Par voie électronique, pour les factures d'un montant maximum de 1 000 € chacune :

Adressez-nous votre demande complète par l'intermédiaire de notre application mobile APRIL Easy Claim, téléchargeable sur l'App Store ou sur Google Play.

Vous devez impérativement **conserver les factures originales pendant une période de 2 ans** à compter de la date à laquelle Vous avez effectué la demande de remboursement. Elles pourraient vous être réclamées pour le traitement de votre demande.

##### > Par voie postale :

Veillez compléter le formulaire de Demande de remboursement disponible depuis votre application Easy Claim ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com) et nous le retourner dans les 6 mois qui suivent la date des soins.

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

**APRIL International Care France** - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

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



Dans tous les cas, veuillez joindre à votre demande les documents suivants :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais acquittées, des prescriptions médicales et ordonnances datées et mentionnant vos nom, prénoms et date de naissance, le genre de maladie, la nature, la date des visites et soins donnés accompagnés des preuves de paiement. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et indiquer la monnaie locale ;
- si les soins nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire *Demande d'entente préalable* accepté par nos services médicaux ;
- en cas d'*Hospitalisation*, Vous devez également joindre à votre demande le compte-rendu hospitalier ainsi que le formulaire d'*Attestation médicale confidentielle* complété par votre médecin. Veuillez également vous assurer que votre facture détaille le coût de la chambre privée ou semi-privée.

## b) En cas de choix de l'Option 2 (CFE ou la Sécurité Sociale française)



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.

> **Vous êtes adhérent à la CFE : pour obtenir un remboursement** : veuillez adresser vos factures acquittées à la **Caisse des Français de l'Étranger** en vous rendant directement dans votre espace personnel sur le **site de la CFE**, dans la rubrique « Mes remboursements ». Vous pourrez y déposer vos factures en ligne, sans limite de paiement (hors frais d'hospitalisations). Rappel : votre identifiant est votre n° de sécurité sociale. Si Vous avez oublié votre code, **cliquez ici**.

Vous pouvez également envoyer vos demandes de remboursement par courrier à : **Caisse des Français de l'Étranger** - À l'attention du service de gestion APRIL International Care France - Centre d'activité Saint-Nicolas 160, rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles 77052 Melun Cedex 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 Care France réunis).

> **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. **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 Care France** - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

Le **formulaire de Demande de remboursement** est disponible depuis votre application Easy Claim ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expat@april-international.com.

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

Vous devez nous adresser directement les pièces justificatives suivantes :

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

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

### Vous pouvez être remboursé :

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

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

- pour un virement sur un compte bancaire en France : aucun frais bancaire n'est retenu ;
- pour un virement sur un compte bancaire domicilié en Europe (hors France) : les frais sont partagés (50%-50% entre Vous et Nous), quel que soit le montant du virement ;



- pour un virement effectué dans le reste du monde (hors Europe) :
  - pour un virement inférieur à 75 €, les frais bancaires sont partagés (50%-50% entre *Vous* et *Nous*),
  - pour un virement supérieur à 75 €, l'intégralité des frais est à votre charge.

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

## 8.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

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

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

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

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

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

### 8.2.1. CONDITIONS D'APPLICATION

L'organisation par *Vous*-même ou par votre entourage de l'une des assistances énoncées ci-dessous ne peut donner lieu à un remboursement que si Europ 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 Europ Assistance si celle-ci avait elle-même organisé le service.

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

### 8.2.2. RAPATRIEMENT SANITAIRE

En cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée*, les médecins d'Europ 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'Europ Assistance recommande votre rapatriement, Europ Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son *Équipe médicale*.

La destination du rapatriement est :

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

Si *Vous* êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre *Pays de nationalité* ou de votre lieu de résidence principale dans votre *Pays de destination*, Europ Assistance organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre lieu de résidence principale dans votre *Pays de destination* ou à votre lieu de domicile dans votre *Pays de nationalité*.

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, l'avion sanitaire. Le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, de la nécessité de votre accompagnement et des moyens utilisés relève exclusivement de la décision de l'*Équipe médicale*. Tout refus de la solution proposée par l'*Équipe médicale* entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes. **Europ Assistance peut vous demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié.**

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

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

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

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

Europ Assistance met à votre disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe en cas de décès ou d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un *Membre de votre famille* dans votre *Pays de nationalité*.

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

À compter de la *Date d'effet* du contrat, un délai de carence de 6 mois est appliqué en cas de maladie du *Membre de votre famille*. Cette prestation est acquise lorsque la date du décès ou de l'hospitalisation est postérieure à votre date de départ.

Europ 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 Europ Assistance afin d'obtenir son accord préalable. Dans le cas contraire, Europ Assistance se réserve la possibilité de refuser le remboursement des billets que Vous auriez Vous-même achetés.**

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

En cas d'impossibilité de trouver sur place les médicaments indispensables, ou leurs équivalents, prescrits avant le départ par votre médecin traitant dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent), Europ Assistance en fait la recherche en France. S'ils sont disponibles, ils sont expédiés dans les plus brefs délais sous réserve des contraintes des législations locales et des moyens de transport disponibles.

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

#### 8.2.6. FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

Cette couverture a pour objet de vous garantir le remboursement des frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, sur un domaine privé ou public, d'équipes spécialisées dotées de tous moyens, y compris l'usage d'un hélicoptère.

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

La garantie est limitée au montant des frais que Vous êtes tenu sur facture de rembourser en tout ou partie aux organismes officiels étant intervenus.

Vous (ou toute personne agissant en votre nom) devez aviser Europ Assistance immédiatement verbalement, au plus tard dans les 48 heures suivant l'intervention, en précisant les raisons qui la motivent.

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

Si Vous décédez, Europ 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).

Europ Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. Les frais de cercueil liés au transport organisé par le service assistance sont pris en charge **à concurrence de 1 000 € maximum.**

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif du service assistance.

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

Europ 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 Europ Assistance :

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

#### 8.2.9. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

Si Vous êtes dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et si Vous en faites la demande, Europ Assistance se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, vos messages ou nouvelles vers les *Membres de votre famille* ou vos *Proches*. Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, Europ Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission. Europ Assistance peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

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

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

Europ 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*, Europ Assistance se charge de les acheminer par les moyens les plus rapides.

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

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

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

### 8.2.11. TRADUCTIONS DE DOCUMENTS LÉGAUX OU ADMINISTRATIFS

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

### 8.2.12. PRÉSENCE D'UN PROCHE AUPRÈS DU DÉFUNT

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

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

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

### 8.2.13. RETOUR APRÈS CONSOLIDATION DANS VOTRE PAYS DE DESTINATION

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, *Vous* êtes en mesure de reprendre votre scolarité à l'*Étranger*, Europ Assistance, après accord de son *Équipe médicale*, organise votre retour dans votre *Pays de destination*.

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

### 8.2.14. RETOUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE ASSURÉS

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

Europ Assistance prend en charge un titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

### 8.2.15. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

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

### 8.2.16. LIMITATIONS DE GARANTIE

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

## 8.3. ASSISTANCE JURIDIQUE :

### 8.3.1. INFORMATIONS JURIDIQUES ET PRÉVENTION

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

### 8.3.2. ASSISTANCE JURIDIQUE EN CAS DE LITIGE

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

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

- **Domaine recours** : l'organisme assureur intervient pour réclamer au responsable identifié la réparation d'un dommage matériel ou corporel que *Vous* subissez à la suite d'un *Accident*.

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

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

#### Recherche d'une solution amiable

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

#### Prise en charge des frais de justice

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

FRAIS DE JUSTICE COUVERTS	PLAFONDS
Recours amiable ayant abouti	250 € par affaire
Assistance à expertise, à mesure d'instruction	275 € pour la première intervention 90 € pour chacune des interventions suivantes
Recours précontentieux en matière administrative	
Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	
Transaction amiable menée à terme	400 € par affaire
Médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	
Référé et requête	400 € par ordonnance
Juge de proximité	340 € par affaire
Tribunal de Police / Défense pénale	340 € par affaire
Tribunal d'Instance (et tribunaux de même degré)	
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](mailto:expat@soluciapj.fr) ou par écrit à Solucia PJ - 3 boulevard Diderot - CS 31246 - 75590 Paris Cedex 12 - FRANCE.

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

## Clause d'arbitrage

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

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

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

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

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

## Conflits d'intérêts

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

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

### 8.4.1. OBJET DE LA GARANTIE

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

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

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

### 8.4.2. PLAFOND DE LA GARANTIE

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

#### Comment bénéficiaire de la garantie ?

*Vous* devez déclarer à l'assureur 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.

Veuillez écrire à : [France.DeclarationsRC@Chubb.com](mailto:France.DeclarationsRC@Chubb.com)

## 8.5. INDIVIDUELLE ACCIDENT :

### 8.5.1. EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

L'organisme assureur verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital **dont le montant est fixé à 10 000 €**. Il est précisé que si l'*Assuré* est âgé de moins de 16 ans à la date du décès, le montant du capital est en tout état de cause limité au montant des frais d'obsèques. La garantie s'applique au décès de l'*Assuré* survenant six mois au plus après l'*Accident* ayant entraîné des blessures ou lésions mortelles. **Toutefois, si l'Assuré décède après avoir reçu de l'organisme assureur pour le même Accident une Indemnité pour Invalidité permanente, les héritiers recevront le capital stipulé en cas de décès, diminué du montant de cette Indemnité.**

#### Attribution des prestations

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

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

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

### Comment bénéficiaire de la garantie ?

Le décès doit être déclaré, en adressant à l'assureur les pièces justificatives nécessaires au règlement via la plateforme <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr>, notamment :

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

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

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

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

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

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

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

### Comment bénéficiaire de la garantie ?

*Vous* devez déclarer l'*Accident* à l'assureur depuis le site <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr>, dans un délai de 30 jours à compter de sa connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure. La déclaration doit comporter toutes précisions sur la gravité, les causes et les circonstances de l'*Accident* et *Vous* devez notamment :

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

### 8.6. ASSURANCE EXAMEN :

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

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

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

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

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

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

### Comment bénéficiaire de la garantie ?

*Vous*, ou toute personne agissant en votre nom, devez déclarer, depuis le site <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr>, dès que *Vous* en avez connaissance, et au plus tard **dans les 5 jours après sa survenance**, tout *Sinistre* de nature à entraîner la garantie du contrat.



### Quels documents joindre à votre demande ?

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

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

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

- le numéro de votre contrat ;
- une photocopie du dossier d'inscription dans votre établissement d'enseignement ;
- une photocopie des relevés de scolarité obtenus depuis l'événement garanti ;
- un certificat du médecin ayant prescrit l'*Hospitalisation*, adressé sous pli confidentiel et décrivant les blessures et les circonstances de l'*Accident* ou l'origine et la nature de la maladie et précisant la première date de constatation ;
- en cas d'*Accident*, toute pièce, notamment le procès-verbal des forces de police, prouvant que l'*Hospitalisation* résulte d'un *Accident* et décrivant ses circonstances.

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

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

## 9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

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

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7. ci-après, sont exclus de la garantie frais de santé ainsi que leurs suites et conséquences de :

- toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la *Date d'effet* du contrat ou pendant les *Délais d'attente* ;
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée ;
- les soins nécessitant un *Accord préalable*, dispensés sans *Accord préalable* (en cas d'*Hospitalisation* sans *Accord préalable*, une *Franchise* de 20% sera appliquée à votre remboursement) ;
- les frais de parapharmacie, les soins cosmétiques, les produits d'hygiène, les crèmes solaires et/ou hydratantes, les produits de maquillage, les traitements de confort, les vitamines et minéraux, les compléments alimentaires, les produits diététiques, les aliments pour bébé, les eaux minérales ;
- la pédicure ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- les auxiliaires médicaux autres que kinésithérapeute et infirmier ;
- l'ergothérapie, la logopédie et le traitement des troubles psychomoteurs ;
- les consultations de psychologues ;
- les traitements de psychothérapie et les traitements ambulatoires (consultations, médicaments, tests de diagnostic et analyses) relatifs aux :
  - troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues, d'alcool et d'autres substances psycho-actives ;
  - troubles anxieux phobiques (agoraphobie, phobies sociales, panique) ;
  - troubles de l'humeur, épisodes maniaques, dépressifs, troubles affectifs bipolaires ;
  - troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie, somnambulisme), troubles du rythme veille-sommeil ;
  - troubles de la personnalité ;
- les prothèses et implants dentaires, la parodontologie et tout traitement d'orthodontie ;
- les frais d'optique, sauf s'ils font suite à un *Accident caractérisé* ;
- les frais de prothèses, sauf dans le cadre d'une *Hospitalisation* ;
- les séances de préparation à l'accouchement ;
- la thalassothérapie et les cures thermales ;
- les frais de vaccination ;
- les médicaments non génériques, quand leur forme générique est disponible et peut être prescrite à l'*Assuré* ;
- l'homéopathie ;
- l'opération de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- le trouble du déficit de l'attention avec ou sans l'hyperactivité ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement ;
- tout traitement lié à la stérilité, à la fertilité ou à la contraception ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;



- la chirurgie au laser des yeux (y compris la correction de la myopie) et le traitement de la cataracte ;
- les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes ;
- les traitements préventifs ;
- les bilans de santé, les tests de routine et check-up ;
- les traitements non reconnus par les *Autorités médicales* du pays dans lequel ils se déroulent ;
- les traitements expérimentaux ;
- toute *Hospitalisation* programmée, au moment de l'adhésion, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la maladie ;
- les frais annexes tels que les frais de téléphone en cas d'*Hospitalisation* ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les séjours dans les maisons de repos ou de convalescence ne faisant pas suite à une *Hospitalisation* suite à un *Accident* ;
- les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'*Assuré* ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les thermomètres et tensiomètres ;
- les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection ;
- le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- les séjours en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires ;
- les hormones de croissance ;
- les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- l'automutilation ;
- toute dépense non médicalement nécessaire.

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

## 9.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

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

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'*Assuré* de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les *Maladies préexistantes* antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les traitements de la stérilité ;
- les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas :
  - les états de grossesse et leurs éventuelles complications et dans tous les cas après la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ;
  - les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés ;
  - les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique, les soins de dermatologie ;
- l'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- les maladies ou malformations congénitales.

Ne sont pas pris en charge :

- les frais médicaux ;
- les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- les frais de contraception et de traitement de la stérilité ;
- les frais de lunettes, de verres de contact ;
- les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'*Assuré*.

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

- les frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité pratiquée par l'*Assuré* ;
- les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition ou une compétition, sauf stipulation contraire expresse.

### 9.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE :

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

- pour les *Litiges* relatifs aux droits des personnes et de la famille ;
- si la responsabilité de l'*Assuré* est mise en cause et que les dommages dont il est responsable auraient dû être pris en charge au titre d'une assurance légalement obligatoire. L'organisme assureur n'intervient pas si une garantie présente dans l'un des contrats d'assurance de l'*Assuré* prévoit l'indemnisation directe de son préjudice en dehors de toute recherche de responsabilité ;
- pour les *Litiges* relatifs au droit de la propriété intellectuelle, artistique, littéraire ou industrielle, ou concernant les marques, brevets ou droits d'auteur de l'*Assuré* ;
- pour les *Litiges* résultant de risques exceptionnels (guerre civile ou guerre étrangère, émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme, actes de vandalisme) ou découlant d'une catastrophe naturelle ;
- pour les *Litiges* résultant d'une faute intentionnelle de la part de l'*Assuré* ;
- pour les *Litiges* faisant l'objet d'un *Conflit* entre l'*Assuré* et l'organisme assureur sauf lors de l'application de la clause Arbitrage ou Conflit d'intérêts ;
- pour les *Litiges* se rapportant à l'expression d'opinions politiques ou syndicales ;
- pour les *Litiges* concernant les immeubles de rapport ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine de l'urbanisme ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine douanier ;
- pour les *Litiges* se rapportant au mandat d'une société civile ou commerciale qui a été confié à l'*Assuré*, ou à sa participation à son administration ou à sa gestion ;
- pour les *Litiges* qui concernent une activité professionnelle autre que celle salariée (bénévolat, associative ou syndicale) ;
- pour les *Litiges* relevant d'une caution consentie en dehors du cadre familial ou consentie dans le cadre d'une activité professionnelle ;
- pour les *Litiges* concernant le surendettement de l'*Assuré* ou son insolvabilité, le règlement d'une dette ou l'obtention de délais de paiement ;
- pour les *Litiges* résultant d'une infraction au Code de la route en vigueur dans le pays où l'*Assuré* se trouve.

L'organisme assureur ne prend jamais en charge :

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

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

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7 ci-après, sont exclus de la garantie :

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

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

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

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

#### 9.6. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSURANCE EXAMEN :

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

- l'*Élève* ou l'*Étudiant* a la possibilité de se présenter au même *Examen* ou *Concours* au cours d'une session ultérieure dans l'année d'études en cours ;
- l'*Hospitalisation* est la conséquence d'un *Accident* ou d'une *Maladie inopinée* ayant fait l'objet d'un traitement médical ou d'une *Hospitalisation* dans les six mois qui précèdent la date de souscription du contrat ;
- l'*Hospitalisation* de l'*Élève* ou de l'*Étudiant* n'est pas la conséquence d'un état médical grave ou si cette *Hospitalisation* peut raisonnablement être retardée.

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

Outre les *Exclusions* prévues pour chacune des garanties, sont 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, la compétition automobile, le parachutisme, l'alpinisme, l'escalade (hors support artificiel), la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, le kitesurf, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, les sports de défense et de combat, ainsi que les sports suivants pratiqués hors-pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- de la pratique d'activités sportives impliquant la présence d'un animal telles que l'équitation, les compétitions équestres et les corridas ;
- de la pratique de la chasse ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'*Assuré* a qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- de la pratique de la voile et de la navigation en haute mer à titre privé ou professionnel (au-delà de 200 miles nautiques) ;
- de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

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

## 10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Il a été conclu par l'Association des Assurés APRIL (Association loi 1901, située 114, Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon, Cedex 03, FRANCE, qui a pour objet d'étudier, de souscrire et de promouvoir tout type de contrat d'assurance au profit de ses adhérents, de créer un esprit de solidarité internationale entre eux, de mettre à leur disposition des moyens d'information et de gestion adéquats et d'assurer leur représentation auprès de toute société d'assurance, et dont les statuts sont téléchargeables à l'adresse <http://fr.april-international.com/global/april-international-expat/l-association-des-assures-d-april-international>) :

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

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

#### **pour les garanties assistance rapatriement et assurance Examen :**

une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec Chubb European Group SE (convention n°FRBOTA11959), entreprise régie par le Code des assurances français, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANCE. Les prestations d'assistance sont fournies par Europ Assistance

**Les garanties Responsabilité civile vie privée, stages et locative et Individuelle accident** sont assurées par Chubb European Group SE (contrat n°FRBOTA13138), entreprise régie par le Code des assurances français, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

Pour les conventions Chubb : Respect des sanctions économiques & commerciales. Lorsque la garantie ou le paiement de l'indemnité ou du sinistre prévus par cette police enfreint les résolutions des Nations Unies ou les sanctions, lois ou règlements économiques et commerciaux de l'Union européenne, du Royaume-Uni, d'une législation nationale ou des États-Unis d'Amérique, une telle garantie ou un tel paiement d'indemnité ou de sinistre sont nuls et non avenue.

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

La gestion administrative de ces assurances est déléguée à APRIL International Care France, société par actions simplifiées au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), située 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, FRANCE.

### 10.2. CADRE LÉGAL :

L'autorité chargée du contrôle des organismes assureurs est : l'Autorité Prudential et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

APRIL International Care France est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

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

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

### 10.3. PRESCRIPTION :

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « 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 couru, 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 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),
- 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.

#### 10.4. SUBROGATION :

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

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

#### 10.5. 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 Care France - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE.

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

Pour votre information, nos assureurs partenaires Axéria Prévoyance (90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE), Chubb European Group SE, (La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, 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, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition.

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 10.7).

#### 10.6. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL sont indispensables au traitement de la demande d'assurance. Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL met 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.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL met également 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.

Ces données sont destinées aux Organismes assureurs et à APRIL en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi. Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La Caisse des Français à l'Étranger étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL. Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, France, soit par e-mail à [dpo.AICF@april.com](mailto:dpo.AICF@april.com).

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus. En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret - 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr).

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas aux Organismes assureurs et APRIL de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous  
et l'adresser à APRIL International Care France - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - 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, ou 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, 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 : **Expat Student Réf. ExS 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 Carte France : n° client





april International Care

Siège social :  
14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE  
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90  
E-mail : [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 72  
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest  
CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.  
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.

## STATUTS

### ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

---

**Mis à jour au 17 avril 2018**

---

#### SOMMAIRE

TITRE 1 – CONSTITUTION – OBJET – SIEGE SOCIAL - DUREE .....	p.2
TITRE II – MEMBRES ADHERENTS ET CONDITIONS D'ADHESION.....	p.3
TITRE III – RESPONSABILITES DES MEMBRES ADHERENTS ET OPPOSABILITES AUX MEMBRES ADHERENTS .....	p.4
TITRE IV – RESSOURCES - DEPENSES .....	p.4
TITRE V – ACTION SOCIALE .....	p.5
TITRE VI – ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT .....	p.5

## TITRE I – CONSTITUTION - OBJET - SIEGE SOCIAL - DUREE

### Article 1. CONSTITUTION ET DENOMINATION

Il existe une Association ayant pour dénomination « Association des Assurés APRIL » ou en abrégé Association 3 A, fondée suivant acte sous seing privé à Lyon en date du 1er janvier 1984 et régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.

Il s'agit d'une Association à but non lucratif.

L'Assemblée Générale Extraordinaire de l'Association des Assurés APRIL a constaté le 27 avril 2018 la réalisation définitive de la fusion-absorption de l'Association des Assurés d'APRIL INTERNATIONAL par l'Association des Assurés APRIL et la dissolution de plein droit, sans liquidation de l'Association des Assurés d'APRIL INTERNATIONAL.

### Article 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses Membres Adhérents, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires ou à partir du 1<sup>er</sup> euro, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des régimes obligatoires notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses Membres Adhérents aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses Membres Adhérents en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne de ses Membres Adhérents dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

### Article 3. SIEGE

Le siège social est fixé à Lyon 3ème, 114 boulevard Marius Vivier Merle.

Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration qui dispose à cet effet, du pouvoir de modifier les statuts.

#### **Article 4. DUREE**

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

## **TITRE II – MEMBRES ADHERENTS ET CONDITIONS D'ADHESION**

#### **Article 5. COMPOSITION**

L'Association se compose de Membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non-salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

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.

Sont également Membres Adhérents, mais sans voix délibérative, sur décision du Conseil d'Administration :

- Les personnes physiques ou morales rendant ou ayant rendu des services signalés à l'Association, dites membres d'honneur ou honoraires ;
- Les personnes physiques ou morales ayant effectué un don ou legs à l'Association, dites membres bienfaiteurs.

#### **Article 6. PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE ADHERENT**

La qualité de Membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;

- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;

- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de Membre Adhérent reste acquise à l'Association.

### **TITRE III – RESPONSABILITES DES MEMBRES ADHERENTS ET OPPOSABILITES AUX ADHERENTS**

#### **Article 7. RESPONSABILITES DES MEMBRES ADHERENTS**

Les Membres Adhérents aux conventions souscrites par l'Association ne sont en aucun cas personnellement responsables des engagements contractés par elle ; seul en répond le patrimoine de l'Association.

#### **Article 8. OPPOSABILITES AUX MEMBRES ADHERENTS**

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 Membres Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

### **TITRE IV – RESSOURCES - DEPENSES**

#### **Article 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION**

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 toutes autres ressources non interdites par la loi ;

## **Article 10. DEPENSES**

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.

## **TITRE V – ACTION SOCIALE**

### **Article 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES**

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Membres Adhérents

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Actions Solidaires est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Solidaires menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

## **TITRE VI – ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT**

### **Article 12. CONSEIL D'ADMINISTRATION**

#### **1. Composition**

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration comprenant au moins six (6) membres et au plus quinze (15) membres nommés pour six (6) ans. Les membres du Conseil d'Administration sont nommés par l'Assemblée Générale ; ils sont choisis parmi les Membres Adhérents de l'Association.

Le Conseil d'Administration doit être composé, pour plus de la moitié, de Membres Adhérents ne détenant ou n'ayant détenu 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 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 détenu, 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 à l'Article 12 des statuts. En cas de vacance par décès, démission, atteinte de la limite d'âge ou toute autre cause, le Conseil d'Administration 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.

Le Conseil d'Administration se renouvelle par tiers tous les 2 ans. Les membres sortants sont rééligibles. L'ordre de sortie est déterminé d'après l'ancienneté des nominations.

Est éligible au Conseil d'Administration toute personne, âgée de 18 ans au moins, le jour de l'élection, Membre Adhérent de l'Association et à jour de cotisation associative.

La limite d'âge à la fonction d'Administrateur est fixée à 70 ans. Pour le cas où cet âge est atteint en cours de mandat, celui-ci prendra fin automatiquement à la date anniversaire de l'Administrateur.

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, accompagné :

- 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, diriger 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 paragraphes 1° à 5° de l'article L. 322-2 du Code des assurances.

Le Conseil d'Administration élit chaque année à bulletin secret parmi ses membres à la majorité des suffrages exprimés, un bureau comprenant : un Président, un Vice-Président, un Secrétaire, un Trésorier et éventuellement des adjoints. Les membres du bureau sortant sont rééligibles. Le Conseil d'Administration peut se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, adhérentes ou non à l'Association.

## **2. Réunion du Conseil d'Administration**

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 délibérations du Conseil d'Administration font l'objet d'un procès-verbal, consigné dans un registre signé par le Président et par 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. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

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. Rémunération

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. Toutefois, les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives. Le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale Ordinaire doit faire mention des remboursements de frais et débours effectués à des Administrateurs.

### 4. 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.

### 5. Fonction et pouvoirs du Président – Fonctions du Secrétaire et du Trésorier

Les membres du bureau sont spécialement investis des attributions suivantes :

1. 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 Vice-Président.
2. 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.
3. 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.

Les fonctions de membre du Bureau ne peuvent pas faire l'objet d'une rémunération sous quelque forme que ce soit.

## **Article 13. ASSEMBLEES GENERALES**

### **1. Assemblées Générales**

#### **1.1. Assemblée Générale Ordinaire**

Au moins une fois par an, les Membres Adhérents sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire dans les conditions prévues ci-dessous.

L'Assemblée Générale Ordinaire 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 Membres Adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes ;
- le rapport moral ;
- le rapport financier.

L'Assemblée Générale Ordinaire, 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 12 des présents statuts.

#### **1.2. Assemblée Générale Extraordinaire**

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

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.

### **2. Convocations**

#### **2.1. Convocation aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires**

Les Membres Adhérents de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, en règle de leur cotisation associative, sont réunis au moins une

fois par an, en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires se composent de tous les Membres Adhérents de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Membres Adhérents.

Les Assemblées Générales se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires, sur la demande d'au moins 10% des Membres Adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée Générale Extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée Générale Extraordinaire 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.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent Membres Adhérents, dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président de l'Association quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée Générale.

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

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

### **3. Droit de vote**

#### **3.1. Droit de vote aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires**

Tout Membre Adhérent dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale Ordinaire et Extraordinaire.

Les Membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Membre Adhérent personne physique, a la faculté de donner mandat à un autre Membre Adhérent ou à son conjoint. Un même Membre Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. 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 ou à son délégataire au sein du Conseil d'Administration et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

#### 3.1.1. Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée. Toutefois, si le quart au moins des Membres Adhérents présents le demande, les votes sont émis au scrutin secret.

Pour l'élection des membres du Conseil d'Administration, le vote secret est obligatoire.

#### 3.1.2. Assemblée Générale Extraordinaire

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée, sauf toutefois si le quart au moins des Membres Adhérents présents demande les votes sont émis au scrutin secret.

## 4. Tenue des Assemblées

La Présidence des Assemblées appartient au Président de l'Association qui peut déléguer ses fonctions au Vice-Président et à défaut à un autre Administrateur.

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 certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées obligent par leurs décisions tous les Membres Adhérents concernés y compris les absents.

### 4.1. Tenue des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Les Assemblées Générales Ordinaire et Extraordinaire ne peuvent valablement délibérer que si au moins mille Membre 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 Membres Adhérents présents ou représentés.

A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Sur décision du Président, les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires pourront être tenues à distance et donner lieu à un vote électronique.

#### **Article 14. REGLEMENT INTERIEUR**

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

#### **Article 15. DISSOLUTION – FUSION – DEVOLUTION DES BIENS**

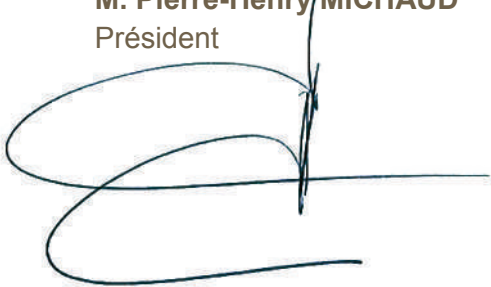
La dissolution de l'Association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidées, sur proposition du Conseil d'Administration, que par une Assemblée Générale Extraordinaire, selon les conditions prévues ci-dessus.

Conformément à l'article L. 140-6 du code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'Association, les adhésions des Membres Adhérents aux conventions d'assurance collective, en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit.

#### **Article 16. LANGUE**

La langue des présents statuts est la langue française. En cas de traduction, seule la version française fait foi.

**M. Pierre-Henry MICHAUD**  
Président



**M. Jean-Louis FAVROT**  
Secrétaire

