

CONDITIONS GÉNÉRALES 2021

Réf. : MHF Cov

MyHEALTH FRANCE



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 53 05 30 57 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail: myhealth.france@april-international.com

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	P.3
1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT	P.4
1.1. SERVICE DE TIERS PAYANT.....	p.4
1.2. SERVICES EN LIGNE.....	p.4
1.3. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT OU VOTRE DEMANDE DE DEVIS DENTAIRE ?	p.4
2. DÉFINITIONS	P.4
3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	P.6
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?	p.6
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p.6
4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	P.6
5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	P.6
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?.....	p.6
5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT.....	p.6
5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT.....	p.7
5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT	p.7
5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?.....	p.7
6. COTISATIONS	P.8
6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?.....	p.8
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p.8
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ?.....	p.8
7. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT	P.8
7.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	p.8
7.2. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?.....	p.8
8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	P.9
8.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS	p.9
8.2. RÉGLEMENT DES PRESTATIONS	p.12
9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	P.12
9.1. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA FORMULE LEVEL 1.....	p.12
9.2. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX FORMULES LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6.....	p.12
10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.13
10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?.....	p.13
10.2. CADRE LÉGAL	p.13
10.3. PRESCRIPTION.....	p.13
10.4. SUBROGATION.....	p.14
10.5. RÉCLAMATION - MÉDIATION	p.14
10.6. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES.....	p.15

PRÉAMBULE

Les présents conditions générales ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative MyHealth France souscrites par l'Association des Assurés APRIL auprès d'Axéria Prévoyance (pour la formule LEVEL 1 : convention 3AMHFFDSNR2018, pour les autres formules : convention 3AMHFFDSR2018).

Axéria Prévoyance est une société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, dont le siège social est situé 90, avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09. Axéria Prévoyance est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans les présentes Conditions Générales.

L'Association des Assurés APRIL est une association loi 1901, située 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'organisme gestionnaire de ces conventions d'assurance est, par délégation de l'Organisme Assureur, APRIL International Care France, société par actions simplifiée au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 (www.orias.fr), dont le siège social est situé 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, France. L'entreprise est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09.

L'*Adhérent* est la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente convention.

L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, les conditions générales et le *Certificat d'adhésion* qui mentionne l'Organisme assureur. La convention est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée dans le cadre de l'exécution de cette convention est la langue française.

Le terme « *Assuré* » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la convention MyHealth France. Les *Assurés* sont inscrits au *Certificat d'adhésion*.

La convention d'assurance n° 3AMHFFDSNR2018, pour la formule LEVEL 1, est une convention « non-responsable », c'est-à-dire qu'elle ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 du code de la Sécurité sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du code de la Sécurité sociale. Elle n'est donc pas éligible au régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

La convention d'assurance n°3AMHFFDSR2018, pour les formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5 et LEVEL 6, est une convention « solidaire » et « responsable », c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 et suivants du code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Les garanties couvrent à minima à hauteur de 100 % de la Base de remboursement les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale. De même, aucune exclusion mentionnée au sein des présentes Conditions Générales ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Cette Convention respecte également les planchers minimaux et les plafonds maximum de garanties des « Contrats responsables » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Dans le cadre de la réforme dite « 100% santé » et en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction du remboursement du Régime obligatoire. La prise en charge de ces frais s'effectuera selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

En conséquence, vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables et solidaires ».

Si *Vous* souhaitez bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin », *Vous* devez obligatoirement :

- relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts ; être affilié à un *Régime Obligatoire* d'assurance maladie français ;
- être à jour du paiement de vos cotisations au titre des Régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels *Vous* êtes affilié.

Pour *Vous* faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit en italique et employé avec une majuscule est défini(e) dans le paragraphe 2 (Définitions).

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

1.1. SERVICE DE TIERS PAYANT :

Une carte dite de « tiers payant » vous est remise lors de votre adhésion (une nouvelle carte vous est adressée à chaque fin d'année sous réserve de renouvellement de votre contrat). Cette carte permet une prise en charge directe de vos dépenses de santé lorsque les soins correspondants sont pratiqués et facturés en France. La prise en charge est faite dans la limite de couverture des garanties offertes par le présent contrat, l'excédent éventuel restant à votre charge.

La carte de tiers payant peut être utilisée pour les postes suivants :

- pharmacie,
- soins externes,
- transport,
- biologie,
- radiologie,
- auxiliaires médicaux,
- médecins spécialistes.



1.2. SERVICES EN LIGNE :

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

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

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

Si Vous êtes **Adhérent**, Vous pouvez consulter :

- vos coordonnées personnelles et les coordonnées de votre assureur-conseil,
- vos *Cotisations* et votre mode de règlement.

1.3. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT OU VOTRE DEMANDE DE DEVIS DENTAIRE ?

Nous avons mis en place un service de télétransmission qui vous dispense de nous adresser les décomptes de remboursements reçus de votre *Régime obligatoire*. En effet, vos décomptes nous sont directement transmis par la Sécurité sociale française.

La télétransmission n'est pas disponible en cas de choix de la formule LEVEL 1.

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 de remboursement** ou pour une **Demande de devis dentaire** (voir paragraphe 8.2) :
APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE.

2. DÉFINITIONS

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

A ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'*Assuré*, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. En application de l'article 1353 du Code Civil français, il vous appartient d'apporter la preuve de l'*Accident* et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

ADHÉRENT : personne physique ou morale qui adhère à l'une des conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés APRIL auprès de l'organisme assureur Axéria Prévoyance et qui paie les *Cotisations*.

ANNÉE D'ASSURANCE : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* de l'adhésion.

ASSURÉ : 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.

AUTORITÉ MÉDICALE : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où *Vous* vous trouvez.

B BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE (BRSS) : base de remboursement obligatoire utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par des professionnels de santé. Elle diffère selon le secteur dont le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier relèvent. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe

un générique, la base de remboursement retenue sera le *Tarif forfaitaire de référence* qui correspond au prix d'un médicament générique.

C CERTIFICAT D'ADHÉSION : document valant attestation d'assurance, que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat MyHealth France et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet* du contrat, la formule sélectionnée. Le *Certificat d'adhésion* correspond aux conditions particulières du contrat.

CERTIFICAT DE RADIATION : document valant attestation de fin de droit, fourni par l'ancien assureur santé de l'*Assuré* qui mentionne notamment la date d'adhésion à la garantie et la date de résiliation, la liste des bénéficiaires ainsi que les garanties santé dont ils bénéficiaient.

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 la justification de sa qualité est faite.

COTISATION : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.

D DATE D'EFFET : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au *Certificat d'adhésion*.

DÉLAI D'ATTENTE : période durant laquelle les garanties ne sont pas dues. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée au *Certificat d'adhésion*.

DPTAM (DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE) : terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO). En consultant un médecin adhérent à un DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale française.

E ENFANT À CHARGE : votre enfant, celui de votre *Conjoint* :

- âgé de moins de 21 ans,
- âgé de moins de 26 ans, poursuivant ses études.

L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier...) ou accessoirement (petit travail d'appoint...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité.

ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ : établissement agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux, ayant conclu une convention avec un organisme de Sécurité sociale française.

F FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER : correspond à la participation du patient aux frais liés à son *Hospitalisation*.

FRAIS RÉELS : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.

FRANCHISE (Article L322-2 du code de la Sécurité sociale) : montant forfaitaire que la Sécurité sociale française ne rembourse pas. Cette *Franchise*, à la charge de l'*Assuré*, concerne les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. La *Franchise* n'est pas remboursée au titre du présent contrat.

H HOSPITALISATION : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) durant lequel un lit vous est attribué, suite à un *Accident*, une *Maladie inopinée* ou une *Maladie*.

M MALADIE : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente.

MALADIE INOPINÉE : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.

MÉDECIN ADHÉRENT À UN DPTAM : médecin adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

MÉDECIN NON ADHÉRENT À UN DPTAM : médecin non adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

N NOUS : APRIL International Care France.

P PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS : le parcours de soins coordonnés consiste à choisir et à consulter en priorité un médecin, dit médecin traitant, dans le cadre de son suivi médical, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins coordonnés concerne les patients à partir de 16 ans et permet d'être remboursé sans application de pénalité.

PARTICIPATION FORFAITAIRE LÉGALE (Article L322-2 du code de la Sécurité sociale) : montant forfaitaire que la Sécurité sociale française ne rembourse pas. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'*Assuré*, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. Elle n'est pas remboursée au titre du présent contrat.

PAYS DE NATIONALITÉ : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».

R RÉGIME OBLIGATOIRE : le régime d'assurance maladie français auquel *Vous* êtes affilié.

S SINISTRE : événement, maladie, *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

T TARIF D'AUTORITÉ (TA): base de remboursement du *Régime obligatoire* établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TARIF DE CONVENTION (TC): base de remboursement du *Régime obligatoire* établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TARIF FORFAITAIRE DE RÉFÉRENCE (TFR): c'est le prix fixé pour un médicament générique. C'est le tarif à partir duquel se fait le remboursement du générique par votre *Régime obligatoire*.

TICKET MODÉRATEUR (TM): part financière restant à votre charge après le remboursement de votre *Régime obligatoire*.

3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit, conformément à la formule sélectionnée, portée au *Certificat d'adhésion*, le remboursement de vos frais de santé en complément du *Régime obligatoire* français auquel *Vous* êtes affilié.

3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Les garanties sont acquises à l'année en France. Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires jusqu'à 90 jours consécutifs dans le monde entier en cas de *Maladie inopinée*, ainsi que dans votre *Pays de nationalité*, dès lors qu'il y a prise en charge par votre *Régime obligatoire*.

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

La liste complète des pays exclus est disponible sur le site www.april-international.com ou sur simple demande au +33 (0)1 53 05 30 57 ou par e-mail à myhealth.france@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 :

- résider en France, hors de votre *Pays de nationalité*, pendant toute la durée du contrat,
- être affilié à un *Régime obligatoire* français.

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*,
- vos *Enfants à charge*.

L'adhésion repose sur vos déclarations et celles de l'*Adhérent* et la bonne foi des parties et est subordonnée à notre acceptation.

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

5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL International Care France.

Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties, que *Vous* avez indiquée sur votre demande d'adhésion. Elle intervient au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant la réception de la Demande d'adhésion complétée et signée, sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*.

Cette date figure sur le *Certificat d'adhésion* mis à votre disposition via un accès sécurisé sur votre Espace Client.

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

Il n'y a pas de *Délai d'attente*.

Pour rappel les dépenses engagées au titre de traitements ou actes prescrits doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité des garanties.

La prise en charge des soins dentaires, de l'orthodontie, et des prothèses dentaires « Panier Libre » (hors soins et prothèses dentaires « 100% santé ») tels que décrits dans le tableau des garanties, **est limitée à 100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française, pendant les (6) six premiers mois** après la *Date d'effet* du contrat.

Cette limitation de couverture peut être abrogée si *Vous* justifiez avoir bénéficié de garanties **antérieures de même nature et de même niveau** à celles du contrat MyHealth France **résiliées depuis moins d'un (1) mois** à compter de la *Date d'effet* du présent contrat.

5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, pour une durée d'un an, tant que la convention à laquelle *Vous* avez adhéré est en vigueur.

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

5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée au plus tard le 31/10) ;
- b) en cas de résiliation par l'*Adhérent*, à tout moment, après douze (12) mois d'adhésion. Votre résiliation prendra effet un mois à compter de la date de réception de votre notification et devra être adressée à APRIL International Care France par :
 - courrier simple ou recommandé à l'adresse suivante : Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE
 - ou par e-mail à care@april-international.com ;
- c) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés APRIL 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* ne résidez plus en France, sur présentation d'un document officiel en attestant (par exemples une attestation de fin de droits au régime obligatoire ou une copie de votre nouveau contrat de travail) ;
- f) en cas de fausse déclaration, conformément aux dispositions ci-dessous.

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

Sanctions en cas de fausse déclaration

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non établies par APRIL dans les informations qui lui seront fournies entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances français et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Article L113-8 du Code des assurances :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le Sinistre. Les Cotisations payées demeurent alors acquises à l'organisme assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article L 113-9 du Code des assurances :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout Sinistre, l'organisme assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de Cotisation acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la Cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un Sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des Cotisations payées par rapport aux taux des Cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'*Adhérent* dans les cas suivants :

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 simple 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 du jour de la conclusion du contrat.

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

L'*Adhérent* doit nous informer de sa décision de renonciation à son contrat par une déclaration dénuée d'ambiguïté dans les délais indiqués ci-dessus.

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 16 ou d'adresser à APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE une lettre rédigée sur le modèle ci-après :

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

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

Si des prestations ont déjà été versées au titre de ce contrat, l'*Adhérent* ne pourra plus exercer son droit à renonciation.

6. COTISATIONS

6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?

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

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

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

En cas d'adhésion de plusieurs personnes à un même contrat, la cotisation totale sera la somme des cotisations des *Assurés* sous ce contrat.

La *Cotisation* peut évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint de chaque *Assuré* et de la formule sélectionnée.

L'état de santé de l'*Assuré* ainsi que ses dépenses médicales ne sont pas pris en compte dans le calcul de sa *Cotisation*.

En cas de modification du niveau de garantie sélectionné à l'adhésion suite à une demande de l'*Adhérent*, il sera tenu compte pour le calcul de la *Cotisation*, de l'âge de l'*Assuré* à la date de prise d'effet de ladite modification.

6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en euros, annuellement par carte bancaire ou prélèvement SEPA sur un compte bancaire en euro domicilié dans un des pays de la zone SEPA, ou mensuellement par prélèvement, selon le mode de paiement choisi par l'*Adhérent* figurant sur sa Demande d'adhésion.

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

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 10 jours de son échéance, *Nous* adresserons à l'*Adhérent* une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, *Nous* résilierons de plein droit le contrat. En outre, *Nous* pourrons 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'*Adhérent* peut modifier la formule qu'il a choisie initialement (la prise d'effet se fait au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la réception de sa demande de modification et est effective pour une durée minimale de 12 mois consécutifs). Pour plus d'information, l'*Adhérent* doit contacter son conseiller en assurance auprès duquel il a souscrit son contrat.

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 professionnelle.

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

Assurances cumulatives :

Les remboursements du *Régime obligatoire* français, 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.

8.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS :

Les frais de santé sont pris en charge dans la limite des *Frais réels*.

Est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé médicalement justifiées pour des actes mentionnés aux tableaux des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée et qui sont prises en charge par le *Régime obligatoire*. Nous intervenons seulement en complément de votre *Régime d'assurance maladie obligatoire français* (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties).

Pour les actes intervenant en France, les conditions requises pour la mise en œuvre des garanties sont celles définies par référence à la nomenclature générale des actes professionnels de la Sécurité sociale française.

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.

6 formules « frais de santé » sont proposées selon le niveau de couverture souhaité : LEVEL 1, LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5 et LEVEL 6. Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule choisie et mentionnée sur votre *Certificat d'adhésion*, conformément au tableau des garanties.

Les montants des garanties listés ci-après sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS) ou en % des frais réels. Ils incluent la part prise en charge par le *Régime d'assurance maladie obligatoire français* (sauf pour les plafonds Dentaire pour lesquels le forfait indiqué au tableau des garanties s'ajoute aux prestations du *Régime obligatoire*). Les remboursements APRIL sont donc effectués sous déduction du remboursement de la SS.

Le montant pris en charge varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un *Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée* (DPTAM), sauf pour la formule LEVEL 1, comme indiqué au tableau des garanties.

Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné, par *Assuré* et par *Année d'assurance*, au montant indiqué au tableau des garanties pour chacune des formules, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par votre *Régime obligatoire* ou tout organisme public ou privé en France et à l'étranger (sauf pour les plafonds Dentaire pour lesquels le forfait indiqué au tableau des garanties s'ajoute aux prestations de votre *Régime obligatoire* et pour les dispositions contraires prévues au tableau des garanties comme la Médecine douce et les Médicaments prescrits, non remboursés par le RO).

DÉSIGNATION DES ACTES		FORMULES					
		LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6
HOSPITALISATION * (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité)							
Frais de séjour		300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
<i>Forfait journalier hospitalier</i>		100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Honoraires médicaux et chirurgicaux	<i>Médecins DPTAM</i>	300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	170% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
	<i>Médecins Non DPTAM</i>	300% de la BRSS	100% de la BRSS	200% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Chambre particulière (maximum 30 jours par an)		50 € par jour	25 € par jour	50 € par jour	25 € par jour	75 € par jour	75 € par jour
Frais d'accompagnement (maximum 30 jours par an)		25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	50 € par jour	50 € par jour
Frais de transport du malade remboursés par le RO		300% de la BRSS	100% de la BRSS	300% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS

DÉSIGNATION DES ACTES		LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux : Consultations/Visites généralistes et spécialistes Actes de spécialité, de chirurgie et technique médicale y compris en soins externes	<i>Médecins DPTAM</i>	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	170% de la BRSS	220% de la BRSS	220% de la BRSS
	<i>Médecins Non DPTAM</i>	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires médicaux : Actes de radiologie	<i>Médecins DPTAM</i>	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	170% de la BRSS	220% de la BRSS	220% de la BRSS
	<i>Médecins Non DPTAM</i>	–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires paramédicaux, analyses et examens en laboratoire		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	200% de la BRSS
Médicaments remboursés par le RO		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Médicaments prescrits, non remboursés par le RO		–	–	–	–	–	30 € par an
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue)		–	–	–	–	–	50 € par séance, max. 3 séances par an
Cures thermales prises en charge par le RO		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	200% de la BRSS	200% de la BRSS
DENTAIRE							
Soins remboursés par le RO Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le RO ¹		100% des <i>Frais réels</i>					
Prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par le RO ¹ Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	300% de la BRSS
Orthodontie prise en charge par le RO Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS	350% de la BRSS
Prothèses et actes non pris en charge par le RO		–	–	–	–	–	300 € par an
Plafond prothèses Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par le RO ¹ Hors soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le RO ¹		–	–	–	250 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	500 € par an Au-delà : 100% de la BRSS	1 000 € par an Au-delà : 100% de la BRSS
OPTIQUE							
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnées à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.							
Équipement « 100% Santé » Classe A ² : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appariage et d'adaptation de la correction visuelle		100% des <i>Frais réels</i>					
Équipement « Offre libre » Classe B ² : 1 monture + 2 verres		–	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	350 € (monture limitée à 100 €)
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ²		Prise en charge des équipements de la classe B à hauteur des plafonds respectifs et des éléments de la Classe A à hauteur des frais réels.					

DÉSIGNATION DES ACTES	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	LEVEL 6
Lentilles acceptées et remboursées par le RO	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	250 €
Chirurgie réfractive	-	-	-	-		200 € par œil
AIDES AUDITIVE						
Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition						
Aides auditives - Jusqu'au 31/12/2020	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	-
Aides auditives à compter du 01/01/2021 : prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition						
Équipement de classe 1 « 100% Santé » Classe I ³	100% des <i>Frais réels</i>					
Équipement de classe 2 « Panier libre » et accessoires, dans la limite de 1700 €/oreille - sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale ³	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS
AUTRES GARANTIES						
Actes de prévention prévus par l'arrêté du 08/06/2006	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Frais médicaux imprévus effectués à l'étranger et remboursés par le RO	100% de la BRSS Frais d'hospitalisation uniquement	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Matériel médical : appareillages et frais orthopédiques (hors prothèses auditives et accessoire optique)	-	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS	150% de la BRSS
Attestation Tiers Payant	-	oui	oui	oui	oui	oui

* Prise en charge de la participation forfaitaire que le Régime obligatoire peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

¹ Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des honoraires de facturation prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

² Tels que définis réglementairement. Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

³ Tels que définis réglementairement. Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la dernière facturation.

8.2. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS :

Selon la formule choisie, les pièces suivantes doivent nous être adressées suite au paiement de votre *Régime obligatoire* :

- les décomptes originaux du *Régime obligatoire* (si *Vous* ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si *Vous* n'avez pas présenté votre Carte Vitale ou si *Vous* avez opté pour la formule LEVEL 1,
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.

Les formules du contrat MyHealth France, à l'exception de la formule LEVEL 1, sont solidaires et responsables c'est-à-dire qu'elles s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 et suivants du code de la Sécurité Sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du code de la Sécurité Sociale.

En conséquence, les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la *Base de remboursement de la Sécurité sociale* (remboursement Sécurité sociale inclus).

Cette Convention respecte également les planchers minimaux et les plafonds maximum de garanties des « Contrats responsables » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux *Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)*.

Pour l'exacte appréciation des garanties et le remboursement des prestations, l'assureur se réserve le droit de vous demander les certificats médicaux et comptes-rendus opératoires.

Les demandes de remboursement doivent nous être transmises à l'adresse ci-après :

APRIL International Care France

Service Courrier
1 rue du Mont
CS 80010
81700 Blan
FRANCE

Tout remboursement est subordonné à l'observation des indications ci-dessus prévues au paragraphe 8.

9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

9.1. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA FORMULE LEVEL 1 :

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- la chambre privée et les frais d'accompagnement en cas d'*Hospitalisation* psychiatrique ;
- les séjours en gérontologie, maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en Instituts Médico Pédagogiques ;
- les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et en centre de longs séjours ;
- les soins esthétiques, les cures de toute nature (sauf dispositions prévues au tableau des garanties), la thalassothérapie.

9.2. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX FORMULES LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 :

Les formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5 et LEVEL 6 sont de type « Responsable », c'est-à-dire qu'elles ne prendront jamais en charge :

- la *Participation forfaitaire légale* (hors participation forfaitaire que le *Régime obligatoire* peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale française) et les *Franchises* médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale française et les dépassements d'honoraires consécutifs au non respect du *Parcours de soins coordonné* ;
- les séjours effectués en maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- la chambre privée et les frais d'accompagnement en cas d'*Hospitalisation* psychiatrique ;
- les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues au tableau des garanties), les soins esthétiques, la thalassothérapie ;
- toute dépense ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le *Régime obligatoire*, sauf disposition contraire dans le tableau des garanties.

10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Les présentes Conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des conventions d'assurance de groupe MyHealth France souscrites par l'Association des Assurés APRIL auprès d'Axéria Prévoyance (pour la formule LEVEL 1 : convention 3AMHFFDSNR2018, pour les autres formules : convention 3AMHFFDSR2018).

Axéria Prévoyance est une société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, dont le siège social est situé 90, avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129.

L'Association des Assurés April est une association loi 1901, dont le siège social est situé 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité Sociale.

L'organisme gestionnaire de ces conventions est, par délégation de l'organisme assureur, APRIL International Care France, société par actions simplifiée au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 (www.orias.fr), dont le siège social est situé 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, FRANCE.

10.2. CADRE LÉGAL :

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

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

L'adhésion au contrat MyHealth France 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.

Les formules du contrat MyHealth France à l'exception de la formule LEVEL 1 sont de type « responsable », c'est-à-dire qu'elles s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties des formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 prises en charge par la Sécurité Sociale couvrent a minima à hauteur de 100% de la *Base de remboursement de la Sécurité sociale*. De même, aucune exclusion de garanties des formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 prises en charge par la Sécurité Sociale, mentionnée au sein des présentes Conditions générales ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties des formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 respectent également les planchers minimaux et les plafonds maximum de garanties des « Contrats responsables » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux *Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)*.

Dans le cadre de la réforme dite « 100% santé » et en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction du remboursement du *Régime obligatoire*. La prise en charge de ces frais s'effectuera selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

Les garanties et niveaux de remboursement des formules LEVEL 2, LEVEL 3, LEVEL 4, LEVEL 5, LEVEL 6 seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables et solidaires ».

10.3. PRESCRIPTION :

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et suivant du code des assurances qui prévoient :

Article L114-1 : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites 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'assureur en a eu connaissance ;

2) en cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'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 l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré ».

Article L114-2 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à

l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. ».

Article L114-3 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

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

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

Adresse : APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

E-mail : reclamation.exp@april-international.com

Pour votre information, notre assureur partenaire Axéria Prévoyance (90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE) nous a 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. Le médiateur peut être saisi dans un délai d'un (1) an, conformément à l'article L612-2 du Code de la consommation.

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 oeuvre de vos garanties. Les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des adhésions par APRIL International Care France, les assureurs ou leurs mandataires. 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 DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL International Care France 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 oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL International Care France met en oeuvre 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 International Care France met également en oeuvre 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 à l'Organisme assureur et à APRIL International Care France 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 International Care France 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 d'Assurance Maladie 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 International Care France.

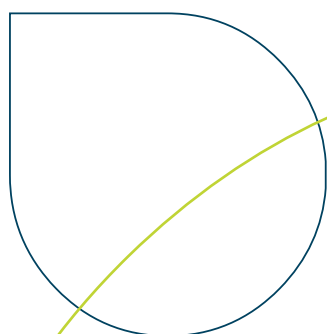
Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, France, soit par e-mail à dpo.AICF@april.com.

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 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.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Organisme assureur et APRIL International Care France de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.



Si vous renoncez à votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à
 APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS80010 - 81700 Blan - FRANCE

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre simple pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre simple 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 conclusion du contrat, 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 : **MyHealth France Réf. MHF 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 Care 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.expats@april-international.com - 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)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest

CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR6030970772



L'assurance en plus facile.