



MA SANTÉ INTERNATIONALE

CONDITIONS GÉNÉRALES 2022

Réf : MHI Cov 22A
Mise à jour : Septembre 2021

Si vous avez la moindre question relative à votre contrat, nous sommes à votre écoute pour vous conseiller et simplifier toutes vos démarches :



Zone Asie-Pacifique

APRIL International Care – Bangkok
Tel : +66 (0) 2022 9180
Email : infobangkok@april-
international.com
Du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h

Zone Afrique, Europe et Moyen-Orient

APRIL International Care – Paris
Tel : +33 (0) 1 73 02 93 93
Email : info.expats@april-
international.com
Du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h

Zone Amérique

APRIL International Care – Mexico
Tel : +52 (55) 52 80 13 37
Email : infomexico@april-
international.com
Du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h



Nos conseillers sont également joignables via :

**Facebook
Messenger**

SOMMAIRE

1. DÉFINITIONS.....	P. 3
1.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES.....	p. 3
1.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	p. 3
1.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	p. 4
1.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE.....	p. 5
1.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE.....	p. 5
1.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE.....	p. 5
2. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT.....	P. 6
2.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?.....	p. 6
2.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?.....	p. 6
3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	P.7
4. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT.....	P. 8
4.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?.....	p. 8
4.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT.....	p. 8
4.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT.....	p. 8
4.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT.....	p. 8
4.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?.....	p. 9
5. COTISATIONS	P.10
5.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?.....	p. 10
5.2. LES MODES DE PAIEMENT.....	p. 10
5.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ?	p. 10
6. ÉVOLUTIONS DE VOTRE CONTRAT.....	P. 11
6.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?.....	p. 11
6.2. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?.....	p. 11
7. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	P. 11
7.1. FRAIS DE SANTÉ.....	p. 11
7.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	p. 13
7.3. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE	p. 18
7.4. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE.....	p. 19
7.5. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE	p. 22
8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	P. 25
9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P. 30

1. DÉFINITIONS

Parce que les terminologies employées en assurance sont techniques et pour vous aider à bien comprendre le fonctionnement de votre contrat, nous vous proposons de vous donner les définitions clés des termes utilisés.

A chaque fois que les termes suivants seront rédigés en italique et employés avec une majuscule, c'est qu'ils auront la signification suivante :

1.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES:

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine à caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. En application de l'article L1353 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 au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'association contractante et s'engage aux obligations correspondantes, notamment le paiement des *Cotisations*. Ses coordonnées sont indiquées sur l'*Attestation d'assurance*. L'*Adhérent* adhère au contrat soit pour lui-même soit en tant que représentant légal d'un assuré, soit en tant que représentant légal de l'entreprise adhérente.
- AFFECTION MÉDICALE** : altération de l'état de santé ou maladie.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
- ASSURÉ PRINCIPAL** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat, désignée par « *Vous* » dans le présent document.
- ATTESTATION D'ASSURANCE** : document que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Ma Santé Internationale et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, les garanties et formules sélectionnées. L'*Attestation d'assurance* correspond aux conditions particulières du contrat.
- AUTORITÉ MÉDICALE** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité et autorisée à exercer dans les spécialisations qui sont les siennes dans le pays où *Vous* vous trouvez.
- C CFE** : Caisse des Français de l'Étranger.
- 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* lié par 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 et qu'il soit inscrit sur l'*Attestation d'assurance*.
- 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 sur l'*Attestation d'assurance*.
- D.R.O.M.** (Départements et Régions d'Outre-Mer) : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte.
- E ENFANT À CHARGE** : votre enfant, celui de votre *Conjoint*, célibataire et fiscalement à charge jusqu'à 21 ans. Les enfants de moins de 28 ans, poursuivant des études sont également couverts, même s'ils ne résident pas au domicile familial, mais néanmoins dans la même zone de couverture que *Vous*.
- M EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- MALADIE** : toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.
- MALADIE SOUDAINE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.
- MALADIE PRÉEXISTANTE** : *Affection médicale* ou *pathologie* diagnostiquée, ou prise en charge médicalement, ou explorée par des examens médicaux et/ou traitée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion (incluant votre Questionnaire de santé). Est considérée comme *Maladie préexistante* toute affection de ce type ou symptomatique dont *Vous* avez eu connaissance, ou dont *Vous* auriez raisonnablement pu avoir connaissance au moment de l'adhésion au présent contrat.
- P PAYS DE COUVERTURE** : le(s) pays qui figure(nt) sur votre *Attestation d'assurance* en tant que pays de destination et pays de couverture.
- PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».
- PAYS D'ORIGINE** : le pays de résidence de l'Assuré avant son expatriation ou son pays de nationalité, différent du pays d'expatriation.
- PAYS EXCLUS** : en fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler ou pour des raisons règlementaires, la couverture pour certains pays ou certaines zones de pays est exclue. La liste complète des pays exclus est disponible sur le site www.april-international.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expats@april-international.com. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.
- PRISE EN CHARGE MÉDICALE** : qui a nécessité une consultation médicale et/ou une prescription d'examens médicaux et/ou un traitement médical.
- S SINISTRE** : événement, maladie ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.
- SYMPTÔME** : signe fonctionnel, ressenti ou observable, qui représente une manifestation d'un état ou d'une maladie, permettant de la déceler.

1.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

- A ACCORD PRÉALABLE :** les Hospitalisations et les actes médicaux supérieurs à 2 000 €/US\$ sont soumis à l'Accord préalable de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à nous faire parvenir un devis détaillé et un formulaire appelé « Demande d'entente préalable ». En cas d'Hospitalisation, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « Attestation médicale confidentielle ».
- ASSURÉ, « VOUS » :** ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties frais de santé du présent contrat. C'est-à-dire Vous et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites sur l'Attestation d'assurance. Par membres de votre famille, il faut entendre votre Conjoint et vos Enfants à charge.
- ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE :** questionnaire médical à nous retourner impérativement complété par votre praticien avant toute Hospitalisation (ou le plus rapidement possible en cas d'Accident ou d'Urgence médicale) afin d'obtenir notre Accord préalable. Une Franchise de 20% sera retenue sur votre remboursement si cette formalité n'est pas respectée.
- C CNS :** Caisse Nationale de Santé du Luxembourg.
- 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. Les frais médicaux sont très variables selon les pays, voire entre les praticiens ou établissements d'une même localité : certains pratiquent des tarifs plus élevés que d'autres, à qualité de prestation équivalente. Pour éviter ce type d'abus, et grâce à une très bonne connaissance des systèmes de santé locaux, nous avons construit des bases de données constamment enrichies de tarifs de référence depuis plus de 30 ans, mises à jour chaque année. Si nous considérons qu'une demande de remboursement est inappropriée, nous nous réservons le droit de réduire ou de refuser sa prise en charge.
- 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 sur l'Attestation d'assurance.
- 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 FRAIS RÉELS :** ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- FRANCHISE :** somme qui, dans le règlement d'un Sinistre, reste à votre charge.
- H HOSPITALISATION :** séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures, consécutivement à un Accident ou une maladie.
- HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) :** il s'agit d'une hospitalisation à temps complet qui fait suite à un séjour à l'hôpital, organisée au domicile du patient par un médecin coordonnateur et en relation avec l'hôpital où avait été admis le patient. Le médecin coordonnateur intervient seul ou fait intervenir d'autres collègues pour réaliser des actes médicaux, techniques et complexes. Il organise les interventions d'autres professionnels de santé par exemple des infirmières, des kinésithérapeutes et met en place, si nécessaire, des dispositifs médicaux de surveillance ou d'assistance comme de l'aide respiratoire ou du suivi des constantes vitales. La délivrance de médicaments, y compris de chimiothérapie, au lit du malade fait partie des services d'une HAD. Ces soins sont soumis à l'Accord préalable de notre Médecin Conseil.
- HOSPITALISATION DE JOUR :** hospitalisation de moins de 24 heures pour laquelle un lit vous est attribué, sans que Vous ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.
- M MALADIES REDOUTÉES :** Accidents Vasculaires Cérébraux, Cancers, Diabète de type 1, Hépatite C, Infection VIH, Infarctus du myocarde, Insuffisance rénale chronique terminale, Légionellose, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Charcot, Maladie de Creutzfeldt- Jakob, Myocardiopathie, Myopathies, Polyarthrite évolutive chronique, Sclérose en plaques, SIDA.
- MÉDICALEMENT NÉCESSAIRE :** un acte médical qui est nécessaire au diagnostic ou au traitement d'une affection médicale et basée sur des pratiques médicales actuelles généralement acceptées. Une prestation ne sera pas considérée(e) comme médicalement nécessaire si elle est réalisée uniquement par souci de commodité pour le prestataire ou l'assuré(e) et/ou n'est pas adéquate au vu des symptômes de l'assuré(e), et/ou est supérieur(e), en termes d'étendue, de durée ou d'intensité, au degré de soin nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une affection médicale de façon appropriée.
- R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION :** Vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'Hospitalisation (Hospitalisation de plus de 24 heures ou Hospitalisation de jour), sans avance de frais, si Vous êtes assuré au 1^{er} €/US\$ ou en complément de la CFE et sous réserve de l'étude de votre Attestation médicale confidentielle. Vous pouvez bénéficier de ce service en utilisant les numéros d'urgence accessibles depuis votre application Easy Claim ou en présentant votre carte d'assuré à l'établissement hospitalier.
- S SOINS À DOMICILE :** soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une Hospitalisation ou de soins de jour en hôpital. Ces soins sont pris en charge si le médecin traitant décide que, pour des raisons médicales, une infirmière doit être présente à votre domicile au moins une fois par jour. Ces soins sont soumis à l'Accord préalable de notre Médecin Conseil.
- U URGENCE MÉDICALE :** toute altération soudaine et imprévisible de la santé nécessitant l'avis d'une autorité médicale et des soins immédiats (sous 48 heures) dont l'ajournement pourrait engendrer une aggravation sévère de l'état de santé.

V **VACCINS LIÉS AUX VOYAGES** : vaccins obligatoires ou recommandés en fonction du pas d'expatriation : Antirovirus (gastro-entérite), Choléra, Encéphalite à tiques, Encéphalite japonaise, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Hépatite C, Leptospirose, Méningite, Rage, Tuberculose.

1.3 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

A **ACTE DE TERRORISME OU DE SABOTAGE, ATTENTAT** : toute action clandestine, ayant une motivation idéologique et/ou politique, mise en œuvre à titre individuel ou collectif, dirigée contre des personnes ou des entités publiques ou privées afin :

- de mener une action criminelle destinée à nuire à la vie d'autrui ;
- d'impressionner la population et d'instituer une atmosphère d'insécurité générale ;
- de désorganiser le fonctionnement des transports publics ou de troubler le fonctionnement des entreprises ou des institutions fabriquant ou transformant des biens ou fournissant des services.

AGRESSION : toute atteinte corporelle subie involontairement par l'Assuré, provenant d'une action volontaire, soudaine et brutale d'une autre personne ou d'un groupe de personnes.

ASSURÉ : voir définition au paragraphe 1.2.

B **BAGAGES** : les sacs de voyage, les valises, les effets ou objets personnels de l'Assuré qu'ils contiennent, ainsi que tout autre objet enregistré auprès d'un transporteur.

C **CONSOLIDATION** : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un Accident ou souffrant d'une maladie.

D **DOMMAGE CORPOREL** : toute atteinte physique subie par une personne.

D **ÉQUIPE MÉDICALE** : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'Europ Assistance.

F **FORCE MAJEURE** : tout événement imprévisible, irrésistible et extérieur.

M **MEMBRE DE LA FAMILLE** : vos Conjoint, enfant, frère, sœur, père, mère, beaux-parents, petits-enfants, grands-parents ou votre tuteur légal, domiciliés dans votre Pays de nationalité.

P **PROCHE** : toute personne physique désignée par Vous ou l'un de vos ayants droit et domiciliée dans votre Pays de nationalité.

1.4 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

A **ASSURÉ** : voir définition au paragraphe 1.2.

D **DOMMAGES CORPORELS** : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DOMMAGES IMMATÉRIELS : tous dommages autres que corporels et matériels et qui sont la conséquence directe et immédiate de Dommages corporels ou matériels assurés.

DOMMAGES MATÉRIELS : dommages portant atteinte à la structure ou à la substance de la chose et résultant d'un événement garanti.

F **FRANCHISE** : voir définition au paragraphe 1.2.

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

1.5 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :

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

B **BÉNÉFICIAIRE(S)** : personne(s) physique(s) désignée(s) par l'Assuré pour recevoir les prestations d'assurance. Sauf stipulation contraire valable au jour du décès de l'Assuré, le capital garanti revient à son Conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou partenaire survivant avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et, à défaut à ses autres héritiers. Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite désigner un ou plusieurs autres Bénéficiaires, il doit désigner le ou les bénéficiaires de son choix et en faire la déclaration à l'assureur. Cette désignation peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche de(s) Bénéficiaire(s) désigné(s), l'Assuré doit indiquer, pour chaque Bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses noms, prénoms, date et lieu de naissance. Il est précisé que Nous mettons à disposition des Assurés un imprimé intitulé « Désignation de Bénéficiaire » comportant des recommandations utiles à l'attribution du bénéfice de l'assurance décès lors de leur adhésion ou en cas de changement de désignation ultérieure. **Toute désignation ou changement de désignation non porté à notre connaissance Nous est inopposable. Nous attirons l'attention de l'Assuré sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation de Bénéficiaire(s) particulier(s).** Avec l'accord de l'Assuré, toute attribution Bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la Date d'effet de l'adhésion au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit.

Tant que l'Assuré est en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de l'Assuré et du Bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'Assuré et du Bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à APRIL International que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir. **Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un Bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.**

Un acte sous seing privé est un acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de participants. L'acte sous seing privé peut ou non être

enregistré auprès du service des impôts. Un acte authentique est un acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte. L'ouverture du droit des *Bénéficiaires* au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour du décès de l'Assuré. Pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, le *Bénéficiaire* est l'Assuré.

1.6 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :

- A** **ASSURÉ** : Assuré principal et/ou son Conjoint, s'il est lui-même expatrié, désigné par « Vous » dans le présent document.
- C** **CONSOLIDATION** : stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation. L'état de santé sera également considéré comme consolidé dès lors qu'il est possible d'apprécier le taux d'invalidité permanente totale ou partielle.
- F** **FRANCHISE** : période d'arrêt de travail, débutant le premier jour d'arrêt, n'ouvrant pas droit aux indemnités versées par l'organisme assureur.

2. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

2.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit, en fonction des formules et garanties sélectionnées, une couverture santé :

- > au 1er €/US\$ **ou**
- > en complément de la CFE **ou**
- > en complément de la Sécurité Sociale française (et tout régime obligatoire français) **ou**
- > en complément de la de la CNS.

La garantie assistance rapatriement de base est incluse dans votre garantie frais de santé. Vous pouvez souscrire en option les garanties suivantes :

- > Assistance rapatriement complète et Responsabilité civile vie privée ;
- > Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie ;
- > Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale (cette garantie implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie).

Il est possible de souscrire uniquement la garantie Assistance rapatriement (basique et complète) et Responsabilité civile vie privée.

2.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Pour la garantie frais de santé et assistance rapatriement de base :

Les garanties sont acquises à l'année dans les *Pays de couverture* indiqués sur votre *Attestation d'assurance*.

Les garanties sont également acquises dans la zone de couverture dans laquelle se trouvent les *Pays de couverture* indiqués sur votre *Attestation d'assurance*.

6 zones de couvertures sont proposées :

Zone 0 : Monde entier

Zone 1 : Monde entier hors Bahamas (Îles), États-Unis, Porto Rico

Zone 2 : Monde entier hors Bahamas (Îles), États-Unis, Porto Rico, Japon, Singapour

Zone 3 : Monde entier hors Bahamas (Îles), États-Unis, Porto Rico, Japon, Singapour, Brésil, Chili, Chine, Hong Kong, Royaume-Uni, Russie, Suisse, Saint Barthélémy, Saint Martin

Zone 4 : France et D.R.O.M (Guadeloupe, Guyane Française, la Martinique, Mayotte et la Réunion), Belgique, Luxembourg et Monaco

Zone 5 : Monde entier hors Bahamas (Îles), États-Unis, Porto Rico, Japon, Singapour, Brésil, Chili, Chine, Hong Kong, Royaume-Uni, Russie, Suisse, Saint Barthélémy, Saint Martin, Allemagne, Andorre, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Biélorussie, Cambodge, Canada, Chypre, Costa Rica, Danemark, Émirats Arabes Unis, Equateur, Espagne, Estonie, Féroé (Îles), Finlande, Géorgie, Gibraltar, Grèce, Hongrie, Îles Vierges Britanniques, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Malaisie, Malte, Mexique, Moldavie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, République Tchèque, Saint Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Svalbard et Jan Mayen, Taiwan, Thaïlande, Vatican, Venezuela, France et D.R.O.M (Guadeloupe, Guyane Française, la Martinique, Mayotte et la Réunion), Belgique, Luxembourg et Monaco

En outre, quelle que soit la zone de couverture choisie, les garanties sont valables dans le monde entier (y compris dans votre Pays de nationalité si celui-ci ne se trouve pas dans votre zone de couverture) en cas d'Accident ou d'Urgence médicale lors de séjours temporaires, pour raison non médicale, n'excédant pas 90 jours consécutifs.

Cas particulier : en cas de choix de **pays destination Belgique, Luxembourg ou Monaco**, Vous êtes également couvert à l'année pour vos soins programmés et inopinés en Italie et en France.

Cas particulier en zone de couverture 5 : les garanties sont acquises à l'année dans les pays de la zone 5 (y compris dans votre *Pays de nationalité* s'il se situe en zone 5). Elles sont étendues en France (D.R.O.M. inclus) pour des séjours temporaires n'excédant pas 90 jours consécutifs. A noter : les soins effectués en France dans les cliniques et les hôpitaux privés seront pris en charge dans la limite des *Coûts raisonnables et habituels*. Les garanties sont également valables en cas d'*Accident ou d'Urgence médicale* lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zones 0, 1, 2, 3 et 4 (y compris dans votre *Pays de nationalité* si celui-ci se trouve dans l'une de ces zones).

Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de la/des *Zone(s) de couverture*, l'*Adhérent* doit nous faire part du changement afin d'ajuster les *Pays de couverture* et sa *Cotisation*.

Pour les garanties assistance rapatriement complète, responsabilité civile vie privée, capital décès, perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :

Les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier (y compris dans votre *Pays de nationalité*), à l'exception des *Pays exclus*.

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

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

3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

Pour être admissible à l'assurance, Vous devez :

- être âgé, au moment de la *Date d'effet* du contrat :
 - entre 16 ans et 64 ans pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée en cas d'une couverture dans les zones 0, et au Mexique et en Thaïlande,
 - entre 10 ans et 70 ans pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée en cas d'une couverture dans les zones 1 et 2,
 - entre 10 ans et 74 ans pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée en cas d'une couverture dans les zones 3, 4 et 5 (hors Mexique et Thaïlande),
 - 18 ans ou plus et jusqu'à 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale,

L'âge minimum pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée ne s'applique que pour les enfants assurés seuls sur un contrat. Vous pouvez assurer vos enfants en dessous de ces âges minimum à condition d'être Vous-même assuré.

- pour les garanties en complément de la *CFE* ou de la Sécurité sociale française, être affilié à la *CFE* et bénéficier à ce titre du régime maladie/maternité et du régime des accidents du travail de ces organismes ou bénéficier de la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français) pendant la durée du contrat,
- pour les garanties en complément de la *CNS*, être affilié à la *CNS* et bénéficier à ce titre du régime maladie/maternité,
- pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, joindre lors de votre adhésion une copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
- pour la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, exercer une activité professionnelle, sans aménagement du temps ou des conditions de travail pour raison de santé,
- avoir répondu aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Questionnaire de santé au maximum trois mois avant la *Date d'effet* du contrat.

Cas particulier en cas de destination France (D.R.O.M. inclus) – Protection Universelle Maladie (PUMA)

Si Vous résidez en France de manière stable et ininterrompue pour plus de 3 mois et/ou que Vous y exercez une activité salariée ou non salariée, Vous êtes susceptible de bénéficier de la protection universelle maladie qui vous garantit un droit à la prise en charge de vos frais de santé, de la part de la Sécurité sociale française.

Si Vous souscrivez un contrat APRIL au premier euro, et que Vous remplissez par la suite les conditions pour être couvert par la PUMA, Nous pourrions vous proposer une couverture complémentaire à la PUMA et faire évoluer votre contrat.

C'est à Vous qu'il revient de vérifier si vous êtes concerné et éligible à la PUMA. Pour plus d'information sur les conditions d'affiliation, rendez-vous sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

Peuvent également être couverts par ce contrat les membres de votre famille (s'ils sont mentionnés sur votre Attestation d'assurance) tant que les conditions suivantes sont remplies, à savoir :

Pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée :

- votre *Conjoint*,
- vos *Enfants à charge*.

L'ajout d'un *Enfant à charge* sur le contrat :

- > **Vous bénéficiez d'une couverture de la Maternité depuis au moins 12 mois consécutifs :**
 - > Pour couvrir *Votre* enfant à la naissance sans formalité médicale, veuillez nous adresser votre demande d'affiliation, accompagnée **d'un acte de naissance dans un délai de 30 jours** suivant la naissance.
 - > **Au-delà de ce délai**, les nouveau-nés sont affiliés **sous réserve d'acceptation par notre service médical** :
 - o Un **questionnaire de santé** ainsi qu'un **compte rendu d'hospitalisation de naissance** *Vous* seront demandés,
 - o L'adhésion du nouveau-né ne pourra prendre effet qu'au plus tôt le lendemain de notre *Acceptation médicale*.

A noter : si une étude approfondie était nécessaire, l'adhésion prendra effet au plus tôt le jour de l'acceptation des conditions particulières communiquées.

- > **Vous ne bénéficiez pas d'une couverture de la Maternité (ou depuis moins de 12 mois)** : veuillez nous adresser votre demande d'affiliation, accompagnée d'un **questionnaire de santé** et d'un **compte rendu d'hospitalisation de naissance**. L'adhésion du nouveau-né ne pourra prendre effet qu'au plus tôt le lendemain de notre *Acceptation médicale*.

A noter : si une étude approfondie était nécessaire, l'adhésion prendra effet au plus tôt le jour de l'acceptation des conditions particulières communiquées.

Pour les nouveau-nés issus de gestation pour autrui (GPA), ainsi que pour les enfants adoptés, placés en centre ou famille d'accueil, veuillez noter que l'adhésion sera soumise à une étude médicale complète et qu'un questionnaire de santé ou certificat médical de bonne santé pourra être demandé ; la couverture commencera à la date d'acceptation sous réserve de l'accord délivré et des conditions d'acceptation transmises.

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 Questionnaire 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.

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

4.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

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 lendemain de la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Questionnaire de santé de l'ensemble des Assurés 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 jour de votre acceptation médicale. Si *Vous* avez opté pour une couverture en complément de la *CFE*, de la *CNS* ou de la Sécurité sociale française, votre couverture sera effective sous réserve de l'ouverture des droits auprès de votre régime de base. Votre *Date d'effet* figure sur l'*Attestation d'assurance* mise à votre disposition via un accès sécurisé sur votre Espace Client et sur votre app Easy Claim.

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

Les garanties prennent effet pour chacun des *Assurés* à la *Date d'effet* du contrat sous réserve de l'application des *Délais d'attente* suivants pour la garantie frais de santé :

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

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

Les *Délais d'attente* peuvent être abrogés sur étude de notre *Médecin-Conseil* (hors *Maternité*), si *Vous* justifiez avoir bénéficié de garanties « frais de santé » au moins équivalentes à celles du contrat *Ma Santé Internationale* au cours du mois précédant la date de prise d'effet du présent contrat.

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

4.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période de 12 mois. Elle est renouvelée par tacite reconduction à la date anniversaire de votre contrat, pour une durée d'un an, tant que les conventions mises en place avec les assureurs du contrat restent en vigueur. Vous pouvez renouveler vos garanties chaque année, quels que soient votre âge, votre état de santé ou le niveau de vos dépenses médicales. L'adhésion aux garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée est valable aussi longtemps que Vous le souhaitez, c'est-à-dire que les assureurs ne pourront résilier votre adhésion au contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe 4.4.

Nous nous engageons à informer l'Adhérent des éventuelles modifications des garanties, niveaux de remboursement, exclusions et conditions de gestion du contrat (trois mois avant chaque échéance anniversaire), ainsi que des éventuelles modifications tarifaires (deux mois avant chaque échéance anniversaire). La Cotisation peut évoluer à la date anniversaire de votre contrat selon votre âge, votre Pays de couverture, votre niveau de garanties, de Franchise ou de remboursement.

Tout changement apporté à la couverture proposée ou aux conditions de gestion du contrat prendra effet lors de la date anniversaire du contrat. Sans réponse de votre part sous 30 jours, le contrat sera automatiquement renouvelé pour une durée d'un an, sous condition suspensive de réception du règlement des cotisations correspondant.

4.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de résiliation à l'échéance annuelle (date anniversaire du contrat) par l'Adhérent conformément à l'article L113-12 du Code des assurances, avec un préavis de 60 jours ;
- b) en cas de résiliation infra-annuelle par l'Adhérent, à tout moment après douze mois d'adhésion. Votre résiliation prendra effet 30 jours après réception de la notification ;
- c) en cas de résiliation 30 jours après la réception des nouvelles conditions de couverture ;
Pour exercer son droit de résiliation, l'Adhérent peut notifier sa demande 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
 - via le formulaire de contact disponible depuis votre Espace Client en sélectionnant le motif "Demander une résiliation"
 - ou par e-mail à care@april-international.com ;ou à défaut par tout autre moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances.
- d) en cas de non-paiement des Cotisations (se reporter au paragraphe 5.4) ;
- e) en cas de dénonciation de la convention par l'assureur ou l'Association des Assurés APRIL à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent) ;
- f) dès que Vous cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 3). La résiliation interviendra au terme de la période en cours et au plus tard dans les 30 jours après réception de la notification, sous réserve de réception d'un justificatif ;
- g) en cas de souscription de la couverture en complément de la CFE, de la CNS ou de la Sécurité sociale française, dès que Vous n'êtes plus affilié à la CFE, à la CNS ou à la Sécurité sociale française (ou à un régime équivalent français). Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la notification écrite reçue par notre Service Suivi Client ;
- h) dès que Vous atteignez l'âge de 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale ;
- i) lorsque Vous n'êtes plus expatrié, sur présentation d'un document officiel en attestant (par exemple, une attestation d'affiliation au régime de Sécurité sociale de votre Pays de nationalité ou une copie de votre nouveau contrat de travail).

En cas de résiliation par l'assureur ou l'Association dans le cas énoncé à l'alinéa e), l'assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'Adhérent, des garanties frais de santé équivalentes à celles en vigueur à la date de la résiliation. Après l'expiration d'un délai de deux ans suivant la Date d'effet de votre adhésion au contrat, les mêmes dispositions sont applicables aux garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

Sanctions en cas de fausse déclaration

Qu'il s'agisse des déclarations à faire à l'adhésion ou de celles qui doivent être faites en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte dans la déclaration du risque, entraîne l'application, suivant les cas, des dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français. En outre, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du Sinistre, omission de déclaration des autres assurances cumulatives, emploi comme justificatifs de documents inexacts, ou utilisation de moyens frauduleux expose l'Assuré et l'Adhérent à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion au 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.

4.5. 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 L112-9-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 du jour de la conclusion du contrat.

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

La signature de la Demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent. L'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours suivant la date de réception de l'Attestation d'assurance. La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. L'Adhérent sera alors remboursé des sommes qu'il aura éventuellement réglées dans un délai de 30 à 90 jours à compter de la date de réception de la demande. Si l'Assuré demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de 30 jours, le droit de renonciation n'est plus applicable.

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

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

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 31 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 « Ma Santé Internationale » 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 est intervenu pendant le délai de renonciation.

5. COTISATIONS

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

5.1 COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

La Cotisation évolue chaque année à la date anniversaire du contrat 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 à la date anniversaire du contrat.

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 devise sélectionnée lors de l'adhésion détermine la devise de gestion de votre contrat, tant pour le paiement de vos cotisations que pour vos remboursements. En cas de choix de couverture en complément CFE, CNS ou Sécurité Sociale française, la devise « US dollar » n'est pas disponible.

La Cotisation peut évoluer à la date anniversaire du contrat en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint, de la profession, du pays de résidence, des garanties et des formules sélectionnées. 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.

5.2 LES MODES DE PAIEMENT :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en euros ou en dollars USD, annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement selon le mode de paiement choisi par l'*Adhérent* :

- > carte bancaire ;
- > PayPal ;
- > virement bancaire (les frais de virement sont à la charge de l'*Adhérent*) ;
- > prélèvement SEPA (compte en euro domicilié dans l'un des pays de la zone SEPA) non disponible pour la devise US dollar. Le règlement mensuel n'est disponible qu'en cas de paiement par prélèvement SEPA.

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

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 60 jours de son échéance, *Nous* adresserons à l'*Adhérent* une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties. Après un nouveau délai de 10 jours, *Nous* résilierons de plein droit le contrat. En outre, *Nous* pourrions réclamer en justice le paiement des *Cotisations* restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la *Cotisation* deviendra exigible immédiatement pour l'année entière, conformément au Code des assurances français.

Nous vous informons que le non-paiement et la résiliation du contrat pour non-règlement n'effacent pas la dette. *Nous* mettrons tout en œuvre pour obtenir le règlement des *Cotisations* dues et pourrions faire appel à une société spécialisée dans le recouvrement des impayés à l'international. Les majorations pour frais de gestion liées à nos actions ou celles de nos prestataires seront à la charge de l'*Adhérent*.

6. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

6.1 COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

L'*Adhérent* peut modifier à tout moment les garanties, les zones et formules qu'il a choisies initialement. La prise d'effet se fait au plus tôt 30 jours suivant la réception de sa demande de modification, sauf en cas de demande de modification du montant de la *Franchise annuelle*, du niveau de remboursement ou de la devise du contrat. Dans ces trois cas, la modification prend effet à la prochaine date anniversaire du contrat. En cas d'augmentation des garanties ou de changement d'une zone de couverture pour une zone supérieure, *Vous* pouvez être soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat. Ces demandes de modification sont effectives pour une durée minimale de 12 mois consécutifs.

Il est toutefois précisé que le changement pour une formule offrant des montants de remboursements inférieurs est possible uniquement après 1 année d'adhésion à la précédente formule (sauf en cas de modification de la situation de famille ou en cas de changement de pays de résidence).

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

6.2 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 coordonnées (**par défaut les communications adressées aux dernières coordonnées connues produiront tous leurs effets**) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

7. 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'assureur pour chaque

poste ou acte garanti.

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

7.1 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.

7.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Est garanti la prise en charge de toutes les dépenses de santé médicalement justifiées pour des actes mentionnés au tableau des garanties (voir Annexe 1), prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée.

En cas de couverture en complément de la *CFE*, de la *CNS* ou d'un régime d'assurance de base français :

Seules les dépenses de santé prises en charge par la *CFE*, la *CNS* ou la Sécurité sociale française sont garanties (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties). Les garanties sont exprimées avec la participation de votre régime d'assurance de base français (Sécurité sociale française ou régime équivalent français), de la *CFE* ou de la *CNS*. Nous intervenons après participation de votre régime d'assurance de base.

Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule, les garanties et le niveau de remboursement choisis, conformément au tableau des garanties (voir Annexe 1). Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro ou le dollar USD, 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.

Cinq formules « frais de santé » sont proposées selon votre niveau d'exigence : Emergency, Basic, Essential, Comfort et Premium. La formule Basic n'est pas disponible pour une couverture en zone 0. En fonction de chaque formule, l'*Adhérent* a le choix entre les garanties suivantes :

Emergency :

Hospitalisation et assistance rapatriement de base

Basic :

Hospitalisation et assistance rapatriement de base

Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante

Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante + Optique dentaire

Essential, Comfort et Premium :

Hospitalisation et assistance rapatriement de base

Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante

Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante + Optique dentaire

Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante + Maternité

Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante + Maternité + Optique dentaire

Les garanties Maternité de la formule Essential ne peuvent être souscrites que dans le cas d'un choix de couverture en zones 3, 4 ou 5.

La formule, les garanties, le niveau de *Franchise* et l'Option de couverture sélectionnés par l'*Adhérent* sont portés sur son *Attestation d'assurance* et s'appliquent à l'ensemble des membres de la famille inscrit au contrat.

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 (voir Annexe 1).

En cas de couverture en complément de la *CFE*, de la *CNS* ou d'un régime d'assurance de base français :

Toute indemnité ou prestation de même nature versée par la *CFE*, la *CNS* ou par la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français) ou tout organisme public ou privé en France et à l'étranger, sera déduite du remboursement effectué par l'assureur.

Fonctionnement des *Franchises* :

Les *Franchises* ne sont pas disponibles pour la formule Emergency ou en cas de choix de couverture en complément de la *CFE*, de la *CNS* ou de la Sécurité sociale française.

Si Vous avez opté pour une *Franchise* annuelle, toute dépense engagée jusqu'au montant de la *Franchise* sélectionnée sera à votre charge. La *Franchise* s'applique par *Année d'assurance* et par *Assuré*, pour l'ensemble des garanties frais de santé sélectionnées.

Afin de pouvoir calculer le montant de la *Franchise* déjà consommée, Nous vous demandons de nous envoyer systématiquement les factures de tous les frais de santé engagés. Dans le calcul du montant de la *Franchise* consommée,

Nous tenons compte du plafond indiqué dans le tableau de garanties pour le type d'acte engagé, en fonction de la formule dont Vous bénéficiez. Si le type d'acte engagé est exclu de la couverture de votre contrat, les dépenses correspondantes ne seront pas prises en compte.

En cas de choix d'une *Franchise*, Vous ne pouvez pas bénéficier de la carte Caremark (tiers-payant pharmaceutique).

Fonctionnement des Options de couverture à 80% et 90% des frais réels :

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

7.1.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION ?

Toute Hospitalisation (y compris la maternité) 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.

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.

Si cette formalité d'*Accord préalable* n'est pas respectée mais que néanmoins l'hospitalisation s'est avérée médicalement nécessaire, **une Franchise de 20%** sera retenue sur le remboursement de votre facture (sauf en cas d'*Accident* ou d'*Urgence médicale*).

7.1.3. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE AVANT D'ENTAMER CERTAINS SOINS ?

Toute dépense médicale égale ou supérieure à 2 000 €/US\$ est soumise à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant d'engager ces dépenses, Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira les soins une *Demande d'entente préalable* accompagnée d'un devis détaillé.

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

Si cette formalité de *Demande d'entente préalable* n'est pas respectée, **une Franchise de 20%** du montant de garanties sera retenue sur le remboursement de votre facture (sauf en cas d'*Accident* ou d'*Urgence médicale*).

7.1.4. CONDITIONS À RESPECTER POUR PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

Vous devez impérativement **conserver les factures originales (et autres justificatifs) 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.

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.

Si des chambres doubles ne sont pas disponibles dans le pays où Vous vous trouvez :

Pour les formules Emergency et Basic : en cas d'urgence médicale ou d'*Accident* ne permettant pas le transfert vers un établissement proposant des chambres partagées, Nous prendrons en charge le coût de la chambre privée standard (selon les coûts raisonnables et habituels pratiqués localement). Dans le cas d'une hospitalisation programmée, Nous ne prendrons pas en charge les coûts d'une chambre privée.

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

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

Tout remboursement est subordonné à l'observation des prescriptions prévues au paragraphe 7.1.

7.2 ASSISTANCE RAPATRIEMENT

2 niveaux de couverture sont proposés :

- Assistance rapatriement de base : incluse dans votre garantie Frais de santé
- Assistance rapatriement complète : disponible en option.

Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?

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

CONDITIONS D'APPLICATION

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.

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, reprécailles, 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.

7.2.1 ASSISTANCE RAPATRIEMENT DE BASE

Les conditions et niveaux de couverture sont applicables par personne assurée, dans les limitations spécifiées de chaque poste.

RAPATRIEMENT SANITAIRE

En cas d'*Accident* ou de *Maladie soudaine*, 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 couverture*,
- soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre *Pays d'origine* si différent) ou votre résidence principale dans votre *Pays de couverture*.

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 couverture*, 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 couverture* 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.**

RAPATRIEMENT DES AUTRES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE RAPATRIEMENT SANITAIRE DE L'ASSURÉ

En cas de rapatriement sanitaire 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^{ère} classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

Si *Vous* êtes rapatrié et que *Vous* vous trouvez dans l'impossibilité de vous occuper de vos *Enfants à charge* 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^{ère} classe afin de ramener vos *Enfants à charge* dans votre

7.2.2 ASSISTANCE RAPATRIEMENT COMPLÈTE

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^{ère} classe pour se rendre sur place. Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* majeur. 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 €/US\$ par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.**

GARDE DES ENFANTS À CHARGE DE MOINS DE DIX HUIT ANS

Lors d'une Hospitalisation de l'Assuré alors que les *Enfants à Charge* ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par un *Membre de la famille*, l'assureur prend en charge :

- la garde des *Enfants à Charge* au domicile de l'Assuré dans la limite de **20 heures maximum** ;
- la prise en charge est **limitée à 500€/US\$** pour l'ensemble de la prestation.

RETOUR OU GARDE DE L'ANIMAL DOMESTIQUE EN CAS DE RAPATRIEMENT DE L'ASSURÉ

Europ Assistance organise et prend en charge le retour de l'animal domestique en cas de rapatriement de l'Assuré et de tous les *Membres de sa famille* vers le *Pays de nationalité* (ou le *Pays d'origine* si différent) ou le pays de résidence. Le rapatriement ainsi que les moyens les mieux adaptés sont décidés et choisis par Europ Assistance. **La prise en charge de ce rapatriement est limitée à 500€/US\$,** et ce, quel que soit le nombre d'animaux domestiques à rapatrier.

Europ Assistance ne sera pas tenue responsable si ce rapatriement ne peut être organisé du fait de la législation en vigueur dans le pays de détachement ou d'expatriation ou du fait d'une interdiction des autorités locales pour quelques raisons que ce soit.

Cette prestation ne peut, en aucun cas, être accordée dans le cas d'un retour d'un animal sauvage.

Garde des animaux domestiques : lors d'une *Hospitalisation* de l'Assuré si les animaux domestiques ne peuvent être pris en charge, l'assureur prend en charge les frais d'hébergement dans un établissement de garde approprié pendant la durée de votre séjour à l'hôpital, **à concurrence de 500 €/US\$** quel que soit le nombre d'animaux domestiques.

AIDE-MÉNAGÈRE

L'assureur prend en charge la mise à disposition d'une aide-ménagère, pour effectuer les travaux ménagers à votre domicile, soit dès votre retour de l'hôpital, soit dès la date de votre *Hospitalisation*, soit durant votre immobilisation au domicile.

L'assureur rembourse le coût de l'aide-ménagère à concurrence de **10 heures**, réparties à votre convenance pendant le mois qui suit la date de votre *Hospitalisation* ou de votre retour à domicile ou pendant votre immobilisation au domicile, avec **un maximum de 250 €/US\$.**

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 €/US\$ par personne et 15 000 €/US\$ par événement.**

RAPATRIEMENT EN CAS D'ACTE DE TERRORISME OU DE SABOTAGE, D'ATTENTAT OU D'AGRESSION

Si l'Assuré est victime d'un *Acte de terrorisme ou de sabotage*, d'un *Attentat* ou d'une *Agression*, ayant entraîné des *Domages Corporels* ou un état de choc, Europ Assistance organise le rapatriement de l'Assuré vers son *Pays de nationalité* (ou le *Pays d'origine* si différent).

Le rapatriement, ainsi que les moyens les mieux adaptés, sont décidés et choisis par Europ Assistance.

RETOUR EN CAS D'ATTENTAT, TROUBLES POLITIQUES OU CATASTROPHE NATURELLE

Si l'Assuré, sur les conseils des autorités locales ou de celles de son *Pays de nationalité*, en raison d'événements rendant le régime politique instable ou en raison de catastrophes naturelles (tels qu'un tremblement de terre, une inondation), est obligé de quitter son lieu d'expatriation, il transmet à Europ Assistance, à son retour dans son *Pays de nationalité*, tous les justificatifs lui permettant de se faire rembourser le coût du retour jusqu'à concurrence du prix d'un billet d'avion aller simple (classe économique) ou de train (1^{ère} classe), **jusqu'à maximum 1 500 €/US\$.**

L'Assuré devra apporter la preuve que, suite à des événements rendant le régime politique instable ou suite à un événement de catastrophes naturelles, le Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères français classe la zone dans laquelle il est domicilié en zone rouge "formellement déconseillée".

Cette garantie ne peut pas être prise en charge dans les *Pays exclus*.

RAPATRIEMENT DU CORPS EN CAS DE DÉCÈS ET FRAIS DE CERCUEIL

En cas de décès, Europ Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans le *Pays de nationalité*, de résidence, d'expatriation ou d'*origine* (si différent) de l'*Assuré*. 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 1 500 €/US\$ 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 d'Europ Assistance.

RETOUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE ASSURÉS

En cas 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^{ère} classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

RETOUR APRÈS CONSOLIDATION DANS VOTRE PAYS DE COUVERTURE

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

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

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^{ère} 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 50 €/US\$ par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.**

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 est à votre charge, sauf s'ils sont couverts sous la garantie frais de santé dont *Vous* bénéficiez. *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.

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

À la suite d'une infraction involontaire aux lois et règlements en vigueur commise dans votre *Pays de couverture*, et pour tout acte non qualifié de crime, Europ Assistance intervient, sur demande écrite, si une action est engagée contre *Vous*. Cette garantie ne s'applique pas pour les faits en relation avec votre activité professionnelle.

Europ Assistance prend en charge les frais d'avocat sur place **à concurrence de 1 500 €/US\$ maximum par événement.**

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 €/US\$ 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.

ASSISTANCE VOYAGE

En déplacement à l'*Étranger*, en cas de perte ou de vol de vos effets personnels (documents d'identité, moyens de

paiement, bagages) ou de vos titres de transport et après déclaration auprès des autorités locales compétentes, 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 1 500 €/US\$ 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.

RETARD, ANNULATION DE VOL OU NON ADMISSION À BORD

Si, dans quelque aéroport que ce soit :

- > Le vol régulier confirmé de l'Assuré est retardé de Quatre (4) Heures ou plus par rapport à l'heure initiale prévue pour le départ.
- > Le vol régulier confirmé de l'Assuré est annulé.
- > L'Assuré n'est pas admis à bord par suite d'un manque de place et qu'aucun moyen de transport de remplacement n'est mis à sa disposition dans un délai de Six (6) Heures.

L'Assuré est indemnisé à concurrence de 300 €/US\$ de tous les frais de restauration, de rafraîchissements, d'hôtel et/ou de transfert aller/retour de l'aéroport ou du terminal.

La garantie n'est pas acquise dans les cas suivants :

- > Pour autant que la confirmation soit nécessaire, l'Assuré n'a pas préalablement confirmé son vol à moins qu'il n'en ait été empêché par une grève ou en cas de force majeure.
- > Le retard résulte d'une grève ou d'un risque de guerre civile ou de guerre étrangère dont l'Assuré a eu connaissance avant son départ.
- > En cas de retrait, temporaire ou définitif, de l'autorisation de vol d'un avion, ordonnée soit par les autorités de l'aviation civile, soit par les autorités aéroportuaires ou par une autorité similaire de n'importe quel pays.

MANQUEMENT DE CORRESPONDANCE

Si l'Assuré manque le départ d'un vol régulier de correspondance par suite de l'arrivée tardive du précédent vol régulier sur lequel il voyageait et qu'aucun moyen de transport de remplacement n'est mis à sa disposition dans un délai de Six (6) Heures après l'arrivée effective au lieu de correspondance, ses frais d'hôtel, de restaurants ou de rafraîchissements sont indemnisés à concurrence de 300 €/US\$.

Les garanties « Retard, Annulation de Vol ou Non Admission à Bord » et « Manquement de Correspondance » peuvent se cumuler.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SÉJOUR

En cas de déplacement à l'étranger hors de votre *Pays de couverture*, cette garantie a pour objet le remboursement au prorata temporis des frais de séjour déjà réglés et non utilisés (frais d'hébergement, transport non compris) en cas de retour anticipé suite au rapatriement médical de l'Assuré dans son *Pays de nationalité* organisé par l'Europ Assistance

Le montant maximum de l'indemnité journalière s'élève à 250 €/US\$ par jour, avec un plafond global de 5 000 €/US\$ par Année d'assurance.

L'indemnité est proportionnelle au nombre de jours de séjour non utilisés. Pour déterminer l'indemnité, seront déduits les frais de dossier, de visa, d'assurance, de pourboire, ainsi que les remboursements ou compensations accordés par l'organisateur du voyage ou tout autre organisme auprès duquel Vous avez réglé les frais en question. Ces garanties sont valables en dehors du pays de résidence/destination de l'Assuré.

RETOUR IMPOSSIBLE

En cas de survenance d'un événement qualifié de *Force majeure* par les autorités publiques du pays dans lequel Vous séjournez temporairement hors de votre *Pays de couverture* et qui vous empêcherait de retourner définitivement dans votre *Pays de couverture*, l'assisteuse prend en charge vos frais supplémentaires de séjour sur place, à hauteur de **80 €/US\$ par nuit (frais de restauration et d'hébergement uniquement), pour une durée maximale de 14 nuits.**

La garantie ne prend effet qu'après déclaration de l'état de *Force majeure* par les autorités publiques du pays dans lequel Vous séjournez temporairement et après l'accord préalable de l'assisteuse. Tous les frais engagés sans l'accord préalable de l'assisteuse ainsi que tous les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement qualifié de *Force majeure* n'ouvrent droit à aucune prestation.

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, vos proches ou votre employeur. 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.

PERTE, DÉTÉRIORATION OU DESTRUCTION DES BAGAGES PERSONNELS

L'assureur garantit pendant les voyages effectués par l'Assuré la perte, la détérioration ou la destruction totale ou partielle des *Bagages*.

La garantie de l'assureur n'est acquise que dans les cas suivants :

- › la perte, la détérioration et la destruction se réalise alors que le *Bagage* est sous la responsabilité d'un transporteur et qu'il a fait l'objet d'un enregistrement,
- › la perte, la détérioration et la destruction est la résultante d'un phénomène catastrophique tel qu'un incendie, une inondation, un effondrement ou un *Acte de terrorisme*.

Limite de la garantie

Comment bénéficier de la garantie ?

Vous devez déclarer le *Sinistre* par écrit à l'assureur, depuis le site <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>, dans les 5 jours ouvrés qui suivent les dommages. Passé ce délai, l'assureur se réserve le droit d'appliquer la déchéance des garanties. Une liste de pièces justificatives vous sera demandée.

L'assureur garantit les *Bagages* à hauteur de **1000 €/US\$**.

UTILISATION FRAUDULEUSE DE LA CARTE SIM PAR UN TIERS

L'assureur prend en charge le coût des communications effectuées frauduleusement par un *Tiers* à la suite du vol par *Agression* du téléphone mobile au cours de votre séjour hors de votre *Pays de nationalité*, dans la mesure où ces communications ont été effectuées avant l'enregistrement de la demande de mise en opposition de la Carte SIM par l'Assuré et dans les 48 Heures qui suivent la date et l'heure du vol.

CAS PARTICULIERS DES TÉLÉPHONES PORTABLES, SMARTPHONES ET TABLETTES PERSONNELS

L'assureur rembourse l'Assuré à concurrence de 500 €/US\$ par *Evènement* les téléphones portables, smartphones ou tablettes volés suite à *Agression* ou à l'arraché hors de votre *Pays de nationalité*, sur présentation de justificatifs. **Cette garantie est limitée à un Sinistre par Année d'assurance et par Assuré.**

Vétusté :

- › Vingt Pour-Cent (20%) pendant la première année (à partir du 1^{er} jour d'achat)
- › Quarante Pour-Cent (40%) pendant la deuxième année
- › Pas de remboursement après la deuxième année.

Dans tous les cas, l'Assuré doit fournir les factures (initiales ou de remplacement) d'achat du matériel.

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^{ère} classe en cas de décès ou d'*Hospitalisation* supérieure à 5 jours d'un *Membre de votre famille* dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre *Pays d'origine* si différent). Le voyage aller doit obligatoirement se faire dans les 8 jours suivant la date du décès ou de l'*Hospitalisation*. Cette prestation est acquise lorsque la date du décès ou de l'*Hospitalisation* est postérieure à votre date de départ.

Europ Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention de ses services, de vérifier la réalité de l'évènement garanti (bulletin d'*Hospitalisation*, certificat de décès...). Cette garantie ne peut être utilisée qu'une seule fois par *Année d'Assurance* pour un même fait générateur. Un fait générateur est l'évènement à l'origine de l'utilisation de la garantie. Pour cette garantie, cela signifie qu'une même maladie ne peut donner lieu à plusieurs retours anticipés dans une même *Année d'assurance*.

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.

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 €/US\$ 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.

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.

7.2.3 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas de décès accidentel de l'Assuré ou d'Invalidité Permanente consécutifs à un Accident garanti ou en cas de Dommages corporels consécutifs à un Acte de Terrorisme ou de Sabotage, un Attentat ou une Aggression, l'assisteuse met à la disposition de l'Assuré ou du Conjoint et/ou des Enfants à charge de l'Assuré décédé accidentellement au cours du séjour, un accompagnement psychologique.

Le psychologue clinicien apporte à l'Assuré ou au Conjoint et/ou aux Enfants à charge de l'Assuré, dans la plus parfaite confidentialité, un soutien médico-psychologique pour faire face à la détresse subie du fait de l'Événement. Il les aidera à identifier, évaluer et mobiliser leurs ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel, un rendez-vous est pris à convenance avec un psychologue de l'assisteuse qui rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, l'appelant pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de l'assisteuse soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. L'accompagnement proposé est limité à **deux mille Euros (2 000€/€)** par Événement.

7.3. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie couvre les conséquences financières des dommages dont Vous et les membres de votre famille assurés seraient reconnus responsables au cours de la vie privée y compris sur le trajet « domicile-lieu de travail » et retour, en dehors de toute activité professionnelle. La garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un **dommage causé à autrui** vous incombe ainsi qu'à toute personne pour laquelle Vous devez répondre.

PLAFONDS DE LA GARANTIE

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

Dommages matériels et immatériels consécutifs : **jusqu'à 750 000 €/US\$ par Sinistre et par Année d'assurance. Franchise de 150 €/US\$ par Sinistre,**

Dommages consécutifs à incendie, explosion et dégât des eaux causés aux bâtiments pris en location ou empruntés par l'Assuré pour l'organisation de cérémonies familiales : **jusqu'à 150 000 €/US\$ par Sinistre et par Année d'assurance. Franchise de 150 €/US\$ par Sinistre.**

Comment bénéficier 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.

Veillez écrire à : **France.DeclarationsRC@Chubb.com**

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Désaccord

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

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

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

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

Choix de l'avocat

En cas de procédure judiciaire ou administrative nécessitant l'intervention d'un avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour représenter vos intérêts, Vous en avez le libre choix, les honoraires

étant versés directement par l'assureur. Si *Vous* ne connaissez pas d'avocat, l'assureur peut en mettre un à votre disposition. Ce libre choix s'exerce également lorsque survient un conflit d'intérêt entre *Vous* et l'assureur.

Procédure - Transactions

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

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

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

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

7.4. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Les garanties de prévoyance sont disponibles indépendamment de la garantie frais de santé sous certaines conditions.

7.4.1. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

a) Choix et montant du capital

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

Le choix du montant du capital garanti varie entre 20 000 €/US\$ et 500 000 €/US\$. Le montant de ce capital est fixé librement par l'*Adhérent*. Ultérieurement, l'*Adhérent* a la possibilité d'opter pour un montant différent ; en cas de choix de capital supérieur, des formalités médicales seront demandées.

b) Garantie décès toutes causes

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

c) Garantie décès par Accident

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

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

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

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

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

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

À réception de l'entier dossier et si l'indemnisation est due, *Nous* procéderons au règlement du capital dans un délai de trente (30) jours. À défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la législation en vigueur.

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article L. 132-23-1 du Code des assurances, le capital dû en cas de décès, à l'exclusion des éventuelles prestations supplémentaires liées à son caractère accidentel, est revalorisé de plein droit par

l'assureur dans les conditions suivantes :

Le capital garanti produit intérêt à compter de la date du décès.

Cet intérêt, net de frais, est fixé pour chaque année civile, au taux minimum défini par la réglementation soit, à la date de souscription du présent contrat, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du Taux Moyen des Emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente.
- le dernier Taux Moyen des Emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

La revalorisation cesse à la date de réception des pièces justificatives nécessaires au règlement ou, le cas échéant, à la date de dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances.

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

a) Définition de la garantie

Si votre *Conjoint* décède avant l'âge de 65 ans, que cet événement se produit simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent votre décès) ou postérieurement à votre décès (dans les 6 mois suivant votre décès), un capital est versé au profit du ou des *Bénéficiaires* désignés ou à défaut au profit des bénéficiaires de droit.

Le montant de ce capital est fixé à 50% du capital défini à l'alinéa *b)* du paragraphe 7.4.1 et versé lors du décès de votre *Conjoint*.

Le règlement des sommes dues est effectué dans les conditions prévues au paragraphe 7.4.1.

Attribution du bénéfice du capital : le capital garanti revient au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) ou à défaut aux bénéficiaires de droit.

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

Les pièces justificatives nécessaires au paiement comprennent notamment :

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

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

a) Définition de la garantie

Perte totale et irréversible d'autonomie : votre inaptitude totale et irrémédiable médicalement constatée à tout travail ou occupation pouvant vous procurer gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire. La perte totale et irréversible d'autonomie, due à une maladie ou un *Accident* garanti(e) au titre du présent contrat et constatée avant votre 65^{ème} anniversaire, est assimilée au décès.

Le capital assuré en cas de décès, déterminé par référence à la date de constatation médicale de la perte totale et irréversible d'autonomie, vous est versé par anticipation.

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

Le versement du capital décès par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à votre garantie décès (à l'exception de la garantie Double effet).

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

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

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

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

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

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'assureur portant sur la perte totale et irréversible d'autonomie, *Vous* et l'assureur choisirez ensemble un troisième médecin pour vous départager. **Vous déclarez vous soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncez à toute procédure dans tout autre pays.**

Mode de règlement du capital

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

7.4.4. EXONÉRATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

a) Exonération du paiement des Cotisations

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

- > si les garanties en cas d'arrêt de travail ne sont pas souscrites : à compter du 91^{ème} jour d'arrêt total et continu de travail ;
- > si les garanties en cas d'arrêt de travail sont souscrites : à compter du 31^{ème} ou 61^{ème} jour d'arrêt de travail total et continu, selon l'option de *Franchise* choisie.

Vous êtes considéré en arrêt total et continu de travail si *Vous* vous trouvez en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité totale permanente tel que défini au paragraphe 7.5.2, reconnu par l'assureur.

b) Maintien des garanties

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

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

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

En cas de résiliation de la convention d'assurance, les garanties sont maintenues au montant atteint à la date de résiliation.

7.5. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :

La sélection de cette garantie implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie prévue au paragraphe 7.4 et l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée.

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

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

7.5.1. OBJET DE LA GARANTIE

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

7.5.2. DÉFINITIONS

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

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

7.5.3. MONTANT DES PRESTATIONS

a) Incapacité temporaire

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

Le montant des indemnités journalières est choisi par l'*Adhérent* entre un minimum et un maximum, en corrélation avec le montant minimum obligatoire du capital décès sélectionné. Ce montant est indiqué sur l'*Attestation d'assurance* la 1^{ère} année et ensuite sur le dernier appel de cotisation.

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

Si *Vous* avez opté pour une assurance en complément de la *CFE* ou de la Sécurité sociale française, le total mensuel des indemnités journalières perçu par votre régime de base et au titre du contrat Ma Santé Internationale ne peut être supérieur à 100% de votre salaire net mensuel (limité à 70% de votre revenu net mensuel en cas de création d'entreprise ou de reprise d'activité depuis moins d'un an).

b) Invalidité permanente

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

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

et

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

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

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

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

À partir du taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle, le taux d'invalidité est déterminé d'après le barème d'invalidité ci-après. Le montant de la rente sélectionnée par l'*Adhérent* est indiqué sur l'*Attestation d'assurance*, soit 360 fois le montant de l'indemnité journalière sélectionnée.

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

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

BARÈME D'INVALIDITÉ

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

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

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

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

l'assureur est autorisé **à interrompre de plein droit le paiement des prestations.**

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'assureur portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, *Vous* et l'assureur choisirez ensemble un troisième médecin pour vous départager. **Vous déclarez vous soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncez à toute procédure dans tout autre pays.**

b) Paiement des prestations

Incapacité temporaire : l'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu, tant que *Vous* êtes en état d'incapacité temporaire totale de travail, jusqu'au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente et, au plus tard, jusqu'au 1 095^{ème} jour à compter de la date de l'arrêt de travail ou de la déclaration tardive.

L'indemnisation cesse à la date de la *Consolidation* de votre état de santé reconnue par un médecin expert désigné par l'assureur. Son versement cesse au plus tard le jour où *Vous* atteignez votre 65^{ème} anniversaire. Invalidité permanente : le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité. La rente vous est versée, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel *Vous* atteignez l'âge de 65 ans.

c) Reprise de travail inférieure à deux mois

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

d) Revalorisation des prestations

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

Elles sont revalorisées de 2% à la date anniversaire du contrat. Toutefois l'assureur se réserve le droit, en fonction des disponibilités de son fonds de revalorisation de revoir ce pourcentage. Cette revalorisation sera maintenue au niveau atteint en cas de résiliation du contrat.

7.5.5. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

- d'un certificat médical précisant la date d'arrêt de travail et la durée probable de l'incapacité et de la nature de la maladie ou de l'*Accident* ;
- d'un justificatif de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée ;
- pour les *Assurés* salariés : d'une déclaration de *Sinistre* de votre employeur et d'une attestation de salaire brut sur les 12 derniers mois incluant les primes et bonus perçus, les coordonnées de votre employeur ;
- pour les *Assurés* non-salariés : de la copie de la déclaration d'imposition sur le revenu de l'année précédente. L'assureur se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires ;
- pour les adhérents en complément de la *CFE* ou de la Sécurité sociale française, d'un justificatif de prise en charge de votre régime de base.

Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration. Dès que votre arrêt de travail prend fin, *Vous* devez adresser à l'assureur, par notre intermédiaire, un certificat de reprise de votre activité.

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

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

8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

8.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.6 ci-après, sont exclus de la garantie frais de santé ainsi que leurs suites et conséquences :

- › toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la *Date d'effet* du contrat ou pendant les *Délais d'attente* ;
- › les affections antérieurement déclarées faisant l'objet d'une exclusion à l'adhésion ;
- › toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée ;
- › pour les *Assurés* en complément de la *CFE*, de la Sécurité sociale française ou de la *CNS*, toute dépense d'ordre médical et chirurgical qui n'est pas prise en charge par votre régime de base (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- › les médicaments non génériques, quand leur forme générique est disponible et peut être prescrite à l'*Assuré* ;
- › les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'*Assuré* ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- › les frais annexes (hormis ceux prévus au tableau des garanties) en cas d'*Hospitalisation* ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- › les frais de transport autres qu'en ambulance terrestre jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- › les traitements de psychothérapie et les traitements ambulatoires (consultation, 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 du sommeil (insomnie, hypersomnie, somnambulisme), troubles du rythme veille-sommeil ;
- › les médecines douces ou alternatives (hormis celles prévues au tableau des garanties) ;
- › les frais de parapharmacie, les soins cosmétiques, les produits d'hygiène, les crèmes solaires et/ou hydratantes, les produits de maquillage, les traitements de confort, les vitamines et minéraux (sauf le fer, l'acide folique et la vitamine D sur prescription médicale en cas de carence avérée), les compléments alimentaires, les produits diététiques, les aliments pour bébé, les eaux minérales ;
- › les thermomètres et tensiomètres ;
- › les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection ;
- › les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes ;
- › les traitements expérimentaux ;
- › les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales et les thalassothérapies ;
- › le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- › les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires ;
- › les centres hospitaliers et structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes et les *Hospitalisations* en longs séjours ;
- › les séjours en maison de repos ou de convalescence ne faisant pas suite à une *Hospitalisation* liée à une *Maladie redoutée* ou un *Accident* ;
- › les hormones de croissance ;
- › les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- › les lunettes et lentilles sans correction visuelle ;
- › toute dépense non *Médicalement nécessaire* ;
- › les traitements non reconnus par les *Autorités médicales* du pays dans lequel ils se déroulent.

8.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT (BASE ET COMPLÈTE)

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.6 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* 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, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- > les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas :
 - les états de grossesse et leurs éventuelles complications et dans tous les cas après la 28^{ème} semaine d'aménorrhée ;
 - les accouchements et leurs suites concernant les nouveau-nés ;
 - les interruptions volontaires de grossesse ;
- > la chirurgie esthétique ;
- > l'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
- > les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- > les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- > les *Maladies* ou malformations congénitales.

Ne sont pas pris en charge :

- > les frais médicaux ;
- > les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- > les frais de contraception et de traitement de la stérilité ;
- > les frais de lunettes, de verres de contact ;
- > les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- > les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'Assuré ;
- > les événements survenus du fait de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires ;
- > les conséquences résultant de tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier la dépression nerveuse ou l'anxiété ;
- > les frais résultant d'un état de grossesse, de maternité et ses complications, de l'accouchement et de ses complications, du traitement de la stérilité de la grossesse ainsi que de l'interruption de grossesse.
- > les conséquences résultant 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 ;

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.

Exclusions spécifiques à la garantie perte, détérioration ou destruction des Bagages personnels :

- > les prothèses dentaires, optiques ou autres, les lunettes, les verres de contact ;
- > les espèces, papiers personnels, documents commerciaux, documents administratifs, chèques de voyage, cartes de crédit, billets d'avion, titres de transport et "vouchers" ;
- > les *Dommmages* causés par usure normale, vétusté, vice propre du *Bagage* ;
- > les détériorations occasionnées par les mites ou vermines ou par un procédé de nettoyage, de réparation ou de restauration, de mauvaise manipulation du *Bagage* du fait de l'Assuré ;
- > les *Dommmages* résultant de confiscation, saisie ou destruction par ordre d'une autorité administrative ;
- > les objets de valeur, les bijoux et les fourrures ;
- > les clés et tout autre objet assimilé (exemple : cartes ou badges magnétiques) ;
- > tout *Bagage* ou effet personnel laissé sans surveillance par l'Assuré ;
- > les téléphones portables ;
- > les matériels informatiques, audio-visuels, les appareils photos, les appareils vidéo ou HIFI confiés aux transporteurs ;
- > les frais qui peuvent être indemnisés par un autre contrat d'assurance ou qui font l'objet d'une indemnité attribuée à l'Assuré.

Europ Assistance ne peut intervenir dans les circonstances prévues ci-après :

- > ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales ;
- > ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés ;
- > n'est pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution des obligations qui résultent de cas de force majeure ou d'événement tels que émeute, guerre civile, guerre étrangère, mouvement populaire, révolution, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique ;

- › n'est pas tenu d'intervenir dans les cas où l'Assuré a commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans les pays qu'il traverse ou dans lequel il séjourne en tant que détaché ou expatrié ;
- › les événements survenus du fait de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

8.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

- Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.6 ci-après, sont exclus de la garantie :
- › les dommages résultant de l'exercice d'une activité professionnelle quelconque ou de fonctions accomplies dans le cadre de mandats électifs ;
 - › la conduite de tout engin à moteur ou à traction animale ;
 - › les conséquences de tous les *Sinistres* matériels ou corporels subis par l'Assuré ;
 - › les *Dommmages matériels* causés par un incendie, une explosion, ou des dégâts des eaux ayant pris naissance ou étant survenus dans des bâtiments ou locaux dont l'Assuré est propriétaire, locataire ou dont il a la jouissance privative à un titre quelconque ;
 - › les troubles anormaux de voisinage (nuisances) ;
 - › les *Dommmages* causés par l'amiante (y compris par les fibres ou poussières d'amiante), le plomb (y compris par les particules contenant du plomb), les moisissures toxiques ou contaminations fongiques et les *Dommmages* de pollution aux USA/Canada ;
 - › les *Dommmages* survenus lors de l'utilisation d'automobile ou d'engin à moteur, d'embarcation à voile ou à moteur, d'aéronef, d'animaux de selle dont l'Assuré ou les personnes dont il est civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde ;
 - › les *Dommmages* matériels résultant d'incendie, d'explosion ou de dégâts des eaux s'ils sont survenus dans les locaux dont l'Assuré est propriétaire ou occupant ou locataire, étant toutefois précisé que demeurent couverts ceux de ces *Dommmages* survenus dans une chambre d'hôtel louée par l'Assuré (ou par son employeur) pour une durée de moins de trente jours consécutifs, et ce, à la condition expresse que l'Assuré n'y élise pas son domicile ;
 - › les *Dommmages immatériels* non consécutifs ;
 - › toutes conséquences d'engagements contractuels pris par l'Assuré dans la mesure où les obligations qui en résulteraient excèdent celles auxquelles il serait tenu en vertu du droit commun ;
 - › les indemnités judiciaires à caractère de peine, habituellement connues sous le nom de "Punitive" ou "Exemplary Damages" et généralement définies comme des indemnités venant en complément de la réparation du préjudice réel, qui peuvent être allouées aux victimes par les tribunaux des USA ou du Canada, lorsqu'ils considèrent que l'auteur du *Dommmage* a eu un comportement "antisocial" ou "plus que négligent" ou encore "en méconnaissance volontaire de ses conséquences" ;
 - › les conséquences résultant de tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier la dépression nerveuse ou l'anxiété.

Sont également exclus les *Dommmages* :

- › causés aux biens, y compris aux animaux, dont l'Assuré a la conduite, la garde ou l'usage, même lorsqu'ils lui sont confiés dans le cadre d'une activité bénévole ;
- › résultant d'une activité professionnelle ou rémunérée de l'Assuré ainsi que de fonctions publiques ou syndicales ;
- › résultant de la participation de l'Assuré à un *Acte de Terrorisme* ou de *Sabotage*, un *Attentat*, une *Émeute* ou un *Mouvement populaire* ;
- › résultant d'une pollution non accidentelle ;
- › causés aux biens, objets, produits ou animaux vendus par l'Assuré ;
- › causés par les chevaux ou autres équins, par les chiens de la catégorie 1 ou 2, telle que définie à l'article 211-1 du Code Rural, par les animaux sauvages ;
- › toutes les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile incombant à l'Assuré en sa qualité d'employeur à raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle atteignant l'un de ses préposés dans l'exercice de ses fonctions ;
- › les *Dommmages* qui résultent de la gestion sociale de l'Assuré à l'égard de ses préposés ou ex-préposés, des candidats à l'embauche, de leurs ayants-droit et des partenaires sociaux.
- › résultant 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

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

Se reporter au paragraphe 8.6.

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

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

Les *Exclusions* prévues au paragraphe 8.6 ci-après s'appliquent également à la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

8.6. 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) ;
- > de la participation volontaire, de l'*Adhérent* ou de l'*Assuré*, à des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements ;
- > du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie ;
- > de l'automutilation et blessures ou maladies auto-infligées ;
- > 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 *Accidents* ou des *Maladies préexistantes* antérieurs à la *Date d'effet* du contrat non déclarés à l'adhésion, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales, sauf si déclarées et acceptées au moment de l'adhésion au contrat.
- > d'une erreur du prestataire médical ou au manquement du prestataire à recourir aux meilleures pratiques et à pratiquer une médecine fondée sur des preuves ;
- > de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

Conditions spécifiques de prise en charge des conséquences de la pratique de sports et activités sportives

Les sportifs professionnels ou les étudiants d'un programme sport-études, y compris des écoles de ballet-danse et de cirque, ne sont couverts par les garanties de ce contrat que dans le cadre de leur vie privée.

Sont également exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- > de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que : l'ULM, le deltaplane, le parapente, le pilotage d'automobile, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, l'escalade (hors support artificiel), la randonnée/le trek nécessitant l'usage de corde/piolet/crampons, 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, le free-running, le parkour, le hockey sur glace, le speed riding, le base jump, le sky-surfing, la chute libre, ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- > résultant de la participation de l'*Assuré* à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense) ou à des délits et crimes au sens du droit pénal applicable ;
- > résultant de l'utilisation, comme pilote, d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou résultant de la pratique, en tant que pilote ou passager, de tous les sports aériens et notamment du deltaplane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;
- > 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 ;
- > de tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- > de la pratique de la chasse ;
- > des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'*Assuré* a qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil exploité par une entreprise de transport public de voyageurs ;
- > de la pratique de la voile et de la navigation en haute mer à titre privé ou professionnel (au-delà de 200 miles nautiques).

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 ladite *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*.

9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

9.1. 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 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 disponibles en annexe de ce document) :

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

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Groupama Gan Vie (conventions frais de santé 219/643791/00010, 219/643791/00020, 219/643791/55510, 329/643792/00010, 329/643792/00020 et 329/643792/55510 et conventions prévoyance 9001/643793/00010, 9001/643793/00020 et 9001/643793/55510), société anonyme au capital de 413 036 043 € (entièrement versé), immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 340 427 616 (code APE : 6511Z), située 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE ;

- pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée :

des conventions d'assistance de groupe à adhésion facultative avec Chubb European Group SE (conventions FRBOTA21226, FRBOTA21227, FRBOTA21228 et FRBOTA21229), entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374.

Respect des sanctions économiques et 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.

9.2. CADRE LÉGAL

L'autorité chargée du contrôle des organismes assureurs pour toutes les garanties 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, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE. L'adhésion au contrat Ma Santé Internationale est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes Conditions générales et l'Attestation d'assurance. 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.

9.3. 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 et le délai de prescription est porté à dix (10) ans pour la garantie décès, selon les dispositions des articles L114-1 et suivant du Code des assurances français 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) ;
- › l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil) ;
- › l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

9.4. SUBROGATION

Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L121-12 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'assureur de l'auteur de l'*Accident* qui le sollicite le nom de l'assureur frais de santé en tant que tiers payeur.

9.5. CONTRÔLE

L'assureur se réserve le droit de vous demander de lui fournir les justificatifs nécessaires à l'exacte appréciation des garanties, notamment par communication de certificats médicaux, comptes-rendus opératoires et/ou contre-expertise du médecin de l'assureur.

9.6. RÉCLAMATION – MÉDIATION

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

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

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

Nos bureaux : APRIL International Care France - 14, rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANCE

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

Pour votre information, nos assureurs partenaires Groupama Gan Vie (8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE) et Chubb European Group SE (La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANCE), nous ont confié le traitement des réclamations.

Nous ferons le maximum pour vous apporter une réponse dans un délai maximal de 48 heures ouvrées et nous engageons à vous tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation dans ce même délai si pour des raisons indépendantes de notre volonté celui-ci devait être prolongé.

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, *Vous* pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au Médiateur - « La Médiation de l'Assurance » - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANCE.

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

Nous vous informons que les données recueillies pour le traitement de votre réclamation font l'objet d'un traitement informatique par notre société aux fins de suivi du traitement des réclamations et ne peuvent être communiquées qu'à l'organisme assureur, à ses réassureurs et à la holding APRIL, ainsi qu'à nos prestataires partenaires pour la mise en œuvre de vos garanties. 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 9.7).

9.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de notre relation, *Nous* sommes amenés à recueillir des données personnelles vous concernant. Les informations sur les traitements de données et sur l'exercice de vos droits sur ces données figurent dans la « Notice d'information - traitement de vos données personnelles » qui vous a été fournie. Ce document est également disponible auprès de nos conseillers et sur notre site www.april-international.com.

Si vous souhaitez renoncer 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 - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

RENONCIATION

Article L112-9 et article L132-5-1 du Code des assurances français

Article L112-9 : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Article L132-5-1 : « Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. »

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours (ou 30 jours pour une garantie capital décès) 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 : **Ma Santé Internationale Réf. MHI Cov 22A**

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 C_=====





APRIL International Care France

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.





ANNEXE

Tableaux de garanties