

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS



Crystal Studies

Conditions Générales 2010-2011

Réf : CS 2011



Imprimé
sur papier recyclé



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

SOMMAIRE

1. SERVICES ASSOCIÉS A VOTRE CONTRAT	p.3
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H.....	p.3
1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.3
1.3. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD	p.3
1.4. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	p.4
1.5. SERVICES EN LIGNE.....	p.4
1.6. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?	p.4
2. DÉFINITIONS	p.4
3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	p.6
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?	p.6
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p.6
4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	p.6
5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	p.7
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?.....	p.7
5.2. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT.....	p.7
5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT.....	p.7
5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?	p.8
5.5. QUE FAIRE SI VOTRE SEJOUR EST ANNULÉ OU MODIFIÉ ?.....	p.8
6. COTISATIONS.....	p.9
6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?	p.9
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p.9
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DE LA COTISATION ?	p.9
7. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	p.9
7.1. FRAIS DE SANTÉ.....	p.9
7.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.12
7.3. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	p.15
7.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE.....	p.15
7.5. PROTECTION JURIDIQUE RECOURS.....	p.16
7.6. INDIVIDUELLE ACCIDENT.....	p.17
7.7. REPORT DE DÉPART.....	p.18
7.8. ASSURANCE BAGAGES.....	p.18
8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	p.19
9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	p.21
9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p.21
9.2. CADRE LÉGAL	p.22
9.3. PRESCRIPTION	p.22
9.4. SUBROGATION.....	p.22
9.5. CONTRÔLE	p.22
9.6. CONCILIATION/JURIDICTION	p.23
9.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p.23

● Remarque :

An English version of these General conditions & Booklet is available on www.aprilmobilité.com. Please note that the original version of this document is in French. In the event of a dispute, French version shall prevail over any translation into other languages.

Una versión española de las Condiciones generales está disponible en www.aprilmobilité.com. Le informamos que la versión original del documento está en francés. En caso de conflicto, únicamente la versión francesa será tomada en cuenta.

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

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

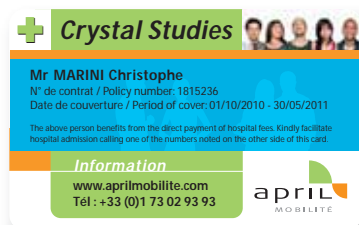
Ce service vous permet de ne pas avoir à régler vous-même vos frais d'*Hospitalisation*. En effet, sur simple demande, APRIL Mobilité contacte l'établissement dans lequel *Vous* êtes admis et se charge ensuite de régler la facture d'*Hospitalisation* correspondant à votre séjour.

Pour s'assurer que votre séjour donne droit à remboursement, *Nous* vous demandons de bien vouloir faire compléter par votre praticien un formulaire appelé "*Attestation Médicale Confidentielle*" détaillant le motif de votre *Hospitalisation* à transmettre à notre Médecin Conseil. Pour plus de précisions, reportez-vous en page 10.

Pour bénéficier du Règlement direct de vos frais d'Hospitalisation de plus de 24h, veuillez :

- à partir des USA ou du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir d'un pays d'Amérique du Sud, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir d'un pays d'Europe ou d'Afrique, composer le + 33 (0)1 73 02 93 99, Fax : + 33 (0)1 73 02 93 70,
- à partir des autres pays, composer le + 33 (0)1 55 92 23 09.

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



1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Pour bénéficier des garanties d'assistance :

Il est impératif d'avoir l'accord obligatoire et préalable d'APRIL Mobilité Assistance pour bénéficier de vos garanties d'assistance (voir page 12). Pour cela, veuillez nous contacter :

- par téléphone en France en PCV au +33 (0)1 55 92 23 09,
- par fax au +33 (0)1 55 92 40 50.

1.3. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD :

Pour bénéficier du service de consultation à domicile (StandbyMD), veuillez :

- aux États-Unis, composer le +(1) 800 649 7119,
- au Mexique ou au Canada, composer le +(1) 305 459 4882.

Le service **StandbyMD** est disponible dans les villes suivantes (au 01/09/2010) :

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

Au Mexique : Acapulco, Cancun, Guadalajara, Isla Mujeres, Los Cabos, Ixtapa, Mazatlan, Mexico City, Playa Del Carmen, Puerto Aventuras, Puerto Morelos, Puerto Vallarta et Tulum,

Au Canada : Toronto.

En cas d'urgence, le soir ou le week-end, lorsque votre médecin n'est pas disponible, *Nous* vous proposons un service de consultation à domicile. Pour éviter d'attendre de longues heures aux urgences, *Vous* serez mis en relation avec un médecin qui effectuera un premier diagnostic par téléphone avant de vous orienter vers la solution la mieux adaptée (consultation à domicile, déplacement aux urgences...). Grâce au service StandbyMD, *Vous* n'avez pas à régler les frais de consultation à domicile. La facture nous est directement adressée pour paiement à StandbyMD.

1.4. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :

Pour bénéficier du service de soutien psychologique (voir page 15) :

- par téléphone : +33 (0) 1 53 04 62 75,
- par e-mail : consultant.am@psya.fr.

1.5. SERVICES EN LIGNE :

Depuis le site www.aprilmobilite.com (Espace particulier), Vous avez accès à votre espace assuré, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe.

Si Vous êtes Assuré, Vous pouvez consulter :

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

Vous pouvez télécharger les formulaires à compléter pour vos remboursements (voir pages 10 et 11) :

- Formulaire d'Attestation Médicale Confidentielle (à faire compléter par votre médecin en cas d'Hospitalisation),
- Formulaire de Demande d'entente préalable (à faire compléter par votre médecin en cas de prescription d'actes d'auxiliaires médicaux),
- Formulaire de demande de remboursement (à joindre à vos factures et prescriptions médicales).

Si Vous êtes Souscripteur, Vous pouvez :

- consulter vos coordonnées personnelles et les coordonnées de votre assureur-conseil,
- consulter l'état de vos appels de cotisations et votre mode de règlement,
- payer en ligne vos échéances par carte bancaire.

1.6. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

Pour nous envoyer une demande de remboursement :

APRIL Mobilité

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

2. DÉFINITIONS

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

A ACCIDENT : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article L.1315 du Code Civil français, il vous appartient d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

ACCIDENT CARACTÉRISÉ : accident constaté par une autorité compétente (forces de police, pompiers, autorité médicale...) ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'Accident.

ANNÉE D'ASSURANCE : période de 12 mois consécutifs à compter de la Date d'effet de la souscription.

ASSURÉ : se reporter à la définition de « Vous ».

ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE : questionnaire médical fourni par nos services médicaux en cas d'Hospitalisation et complété par votre praticien après examen de votre état de santé.

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

- B BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE** : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou les prescriptions délivrés par les professionnels de santé. Elle diffère selon le secteur dont le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier relèvent. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de responsabilité qui correspond au prix d'un médicament générique.
BÉNÉFICIAIRE : personne qui reçoit l'*Indemnité* ou le capital versé par l'organisme assureur.
- C CERTIFICAT DE SOUSCRIPTION** : document que *Nous* remettons au *Souscripteur*, valant attestation d'assurance, confirmant sa souscription au contrat CRYSTAL STUDIES et mentionnant notamment la *Date d'effet* du contrat, les garanties et options souscrites. Le *Certificat de souscription* correspond aux conditions particulières du contrat.
CONSOLIDATION: stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un *Accident* ou souffrant d'une *Maladie*.
COTISATION : somme payée par le *Souscripteur* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au *Certificat de souscription*.
DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE : imprimé à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre accord préalable avant d'engager certains actes ou traitements.
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 *Dommmages 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.
D.R.O.M. : Départements et Régions d'Outre Mer : Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion.
- E ÉQUIPE MÉDICALE** : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par notre médecin régulateur.
ÉTRANGER : tout pays garanti par le présent contrat en dehors de votre *Pays de nationalité*.
ÉTUDIANT ASSIMILÉ : apprenti, jeune fille au pair, étudiant rémunéré dans le cadre de ses études. Dans tous les cas, la rémunération perçue par l'étudiant ne peut dépasser le SMIC français.
EXCLUSIONS : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- F FORCE MAJEURE** : tout événement imprévisible, irrésistible et extérieur à votre volonté, déclaré par les autorités publiques de l'état où *Vous* séjournez .
FORFAIT JOURNALIER : part du prix de journée d'*Hospitalisation* en France non prise en charge par la Sécurité sociale française.
FRAIS RÉELS : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
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) consécutivement à un *Accident* ou une *Maladie* et durant lequel un lit vous est attribué.
- I INDEMNITÉ** : somme versée pour réparer le préjudice que *Vous* avez subi.
INDIVIDUELLE ACCIDENT : garantie prévoyant le paiement d'un capital si *Vous* décédez ou devenez invalide suite à *Accident*.
INVALIDITÉ (TOTALE OU PARTIELLE) : invalidité consécutive à une *Maladie* ou un *Accident* entraînant votre impossibilité physique totale ou partielle, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, de poursuivre normalement le cursus de formation pour lequel *Vous* êtes inscrit.
- M MALADIE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.
MEMBRE DE LA FAMILLE : père, mère, sœur, frère, enfants ou tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.
- N NOUS** : APRIL Mobilité.
OBJETS DE VALEUR : perles, bijoux et montres portés, fourrures ainsi qu'appareils de reproduction du son et/ou de l'image et leurs accessoires, fusils de chasse et ordinateurs portatifs.
- P PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur la *Demande de souscription* ou à défaut le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé "nationalité".
PAYS DE SÉJOUR : le pays de résidence principal où *Vous* séjournez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.
- R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : si *Vous* êtes hospitalisé plus de 24h, *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge directe de vos frais d'*Hospitalisation*, sans avance de frais, sous réserve de l'étude de votre *Attestation Médicale Confidentielle*. *Vous* pouvez déclencher ce service en utilisant les numéros d'urgence mentionnés au paragraphe 1.1 ou en présentant votre carte assuré à l'établissement hospitalier (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio).
RÉSILIATION : cessation définitive et anticipée du contrat.
RESPONSABILITÉ CIVILE : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.
- S SEUIL D'INTERVENTION** : montant minimal à partir duquel la demande de prise en charge ou de remboursement est prise en considération par l'organisme assureur.

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

SOINS DENTAIRES D'URGENCE : prise en charge des soins dentaires d'urgence (pansement, obturation, dévitalisation, extraction, ...) lorsqu'ils font suite à un *Accident* ou à une *Maladie* inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le retour dans le *Pays de nationalité*.

SOUSCRIPTEUR : personne qui souscrit le présent contrat et paie les *Cotisations*.

V VOUS : personne physique admise à l'assurance sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.

3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

La souscription au présent contrat vous garantit, en fonction de la formule souscrite, les prestations suivantes :

Pour la formule « Mini » :

- remboursement de frais de santé,
- assistance rapatriement.

Pour la formule « Complète » :

- remboursement de frais de santé,
- assistance rapatriement,
- soutien psychologique,
- *Responsabilité civile* vie privée et stages,
- Capital décès ou *Invalidité* permanente totale ou partielle par *Accident*,
- perte, vol ou destruction des bagages,
- report de départ.

3.2. OU ÊTES-VOUS COUVERT ?

Pour la garantie Expatrio A : les garanties sont acquises dans le monde entier, hors du *Pays de nationalité* et hors France et *D.R.O.M.* (les garanties sont acquises dans le *Pays de nationalité*, en France et dans les *D.R.O.M.* pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de séjour*).

Pour la garantie Expatrio B : les garanties sont acquises pour toute la durée du séjour principal à l'*Étranger* dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne (y compris les Iles Baléares et les Canaries), Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal (y compris les archipels de Madère et des Açores), République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Gibraltar), Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse (les garanties sont acquises dans le *Pays de nationalité*, en France et dans les *D.R.O.M.* pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de séjour*).

Pour la garantie Impatrio : les garanties sont acquises pour le séjour principal en France et dans les *D.R.O.M.* (et dans le *Pays de nationalité* et tous les pays européens hors Russie pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre deux séjours en France et dans les *D.R.O.M.*).

4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

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

- être âgé de moins de 41 ans au moment de la *Date d'effet* du contrat ;
- être étudiant ou *Étudiant assimilé* ou scolaire, en dehors de votre *Pays de nationalité* ;

- avoir complété et signé la *Demande de souscription* ;
- avoir produit une **photocopie de votre carte étudiante** ou un **certificat de scolarité** en cours de validité ;
- avoir signé la déclaration de bonne santé au maximum six mois avant la *Date d'effet* souhaitée ;
- n'être atteint d'aucune incapacité ou *Invalidité*, d'aucune maladie en cours de traitement, sujette à rechute ou à caractère évolutif ;
- ne pas avoir subi de traitement médical récent soumis à rechute et ne pas prévoir de traitement dans le *Pays de séjour*.

Pour la garantie Expatrio, Vous devez :

- être étudiant ou scolaire français ou étranger ;
- vous rendre à l'*Étranger* (hors de votre *Pays de nationalité* et hors France et *D.R.O.M.*) à l'occasion de voyages, études, séjours linguistiques ou stages professionnels.

Pour la garantie Expatrio B, Vous devez également :

- bénéficier du régime obligatoire de Sécurité sociale d'un pays de l'Union Européenne,
- vous procurer avant votre départ la Carte Européenne d'Assurance Maladie, que *Vous* présenterez à l'instance médicale du *Pays de séjour*.

Nous ne remboursons dans ce cas qu'en complément, sur justificatif des prestations du régime obligatoire.

Pour la garantie Impatrio, Vous devez :

- être étudiant ou scolaire étranger ;
- vous rendre en France métropolitaine ou dans les *D.R.O.M.* à l'occasion de voyages, études, séjours linguistiques ou stages professionnels.

La souscription est subordonnée à l'acceptation médicale d'APRIL Mobilité, qui se réserve le droit de demander des formalités médicales complémentaires.

La souscription est constatée par l'émission d'un *Certificat de souscription* sur lequel figurent le montant des garanties et la *Date d'effet*.

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

5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

À la date indiquée sur le *Certificat de souscription* et au plus tôt le lendemain de la réception du dossier de souscription complet original (comprenant la *Demande de souscription* et la *Déclaration de bonne santé* complétées et signées, ainsi que la photocopie de la carte étudiante ou du certificat de scolarité en cours de validité) sous condition suspensive du paiement de la *Cotisation* due et sous réserve de notre acceptation concrétisée par l'émission du *Certificat de souscription* résumant les garanties souscrites.

Il est précisé que l'organisme assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la *Date d'effet* des garanties.

5.2. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT :

Les garanties sont acquises pour une période d'un mois minimum et de douze mois maximum.

La durée de couverture du contrat est celle portée sur votre *Certificat de souscription*.

Le contrat est renouvelable sur demande à la condition que *Vous* poursuiviez vos études et que *Vous* ayez moins de 41 ans. *Vous* pouvez renouveler votre contrat trois fois maximum, sur votre demande et sous réserve de l'accord de l'organisme assureur.

Le changement de formule n'est possible qu'à la date de renouvellement du contrat.

La demande de renouvellement doit nous parvenir avant la date de fin du contrat portée sur votre *Certificat de souscription*.

5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

a) en cas de non-paiement des *Cotisations* ;

b) en cas de dénonciation du contrat par l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas, *Nous* nous engageons à en informer le *Souscripteur*) ;

c) dès que *Vous* cessez de répondre aux conditions de souscription telles que définies au paragraphe 4 ;

d) le jour du retour définitif vers votre *Pays de nationalité* et au plus tard le dernier jour porté sur votre *Certificat de souscription*.

En cas de survenance d'un événement de *Force majeure*, les garanties du contrat sont maintenues pour 5 jours maximum à partir de la date de fin inscrite sur votre *Certificat de souscription*.

Ne seront pas pris en charge les dépenses et frais liés à des soins réalisés/*Sinistres* survenus en dehors de la période de couverture du contrat.

Sanctions en cas de fausse déclaration

Qu'il s'agisse des déclarations à faire à la souscription 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 le Souscripteur à une déchéance de garanties et à la résiliation de la souscription.

5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

La signature de la Demande de souscription ne constitue pas un engagement définitif pour le *Souscripteur*.

Si le *Souscripteur* a souscrit le contrat suite à un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9-I du Code des assurances français s'appliquent : « *Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation* ».

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

Si le *Souscripteur* a souscrit le contrat à distance :

Le *Souscripteur* a la possibilité de renoncer à sa souscription dans un délai de 14 jours à compter de la réception du *Certificat de souscription*. La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. L'organisme assureur est tenu de rembourser au *Souscripteur* au plus tard dans les 30 jours toutes les sommes perçues en application du contrat. Toutefois, l'intégralité de la *Cotisation* reste due à l'organisme assureur si le *Souscripteur* renonce au contrat alors qu'un *Sinistre* s'est produit pendant le délai de renonciation.

Dans ces deux cas, pour exercer ce droit à renonciation :

Le *Souscripteur* doit nous adresser une lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :
APRIL Mobilité – Service Suivi Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Le *Souscripteur* peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à ma souscription au contrat "CRYSTAL STUDIES" n°.....
Fait à le Signature

5.5. QUE FAIRE SI VOTRE SÉJOUR EST ANNULÉ OU MODIFIÉ ?

En cas d'annulation de votre séjour, la *Cotisation* sera remboursée au *Souscripteur*, à l'exception des frais de gestion, sous réserve que *Nous* en soyons prévenus par écrit avant la *Date d'effet* du contrat et que nous soient retournés les originaux du *Certificat de souscription* et éventuellement de la carte APRIL Mobilité.

Vous devez joindre à votre demande la preuve de l'annulation de votre séjour.

En cas de retour anticipé et définitif dans votre *Pays de nationalité*, *Vous* devez nous faire parvenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, un justificatif attestant votre retour définitif (quittance d'électricité, de gaz ou télécom, ...). En cas de paiement intégral de la *Cotisation*, *Nous* vous rembourserons au prorata la *Cotisation* trop perçue. En cas de paiement mensuel de la *Cotisation*, *Nous* procéderons à la modification de la date de fin de votre contrat.

6. COTISATIONS

6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?

La *Cotisation* peut évoluer au 1^{er} octobre de chaque année en fonction des résultats techniques du contrat. Elle ne dépend pas de votre état de santé, ni de vos dépenses médicales. La *Cotisation* est payable d'avance dans son intégralité en euros, ou peut faire l'objet d'un fractionnement mensuel, avec frais de mensualisation, selon le mode de paiement choisi par le *Souscripteur*.

La *Cotisation* est déterminée par la formule sélectionnée, la tranche d'âge et la durée de couverture choisie. L'âge pris en compte pour le calcul des *Cotisations* est celui que *Vous* avez à la *Date d'effet* du contrat. Les taxes actuelles à la charge du *Souscripteur* sont comprises dans la *Cotisation*. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la *Cotisation*.

6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

La *Cotisation* est payable d'avance en euros :

- en intégralité au moment de la souscription, par chèque ou carte de paiement,
- mensuellement par prélèvement automatique sur un compte bancaire en France.

En cas d'impossibilité absolue de règlement en euros, le *Souscripteur* pourra faire un virement sur notre compte bancaire dont les coordonnées lui seront communiquées, moyennant des frais bancaires à sa charge.

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

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 10 jours suivant l'échéance, *Nous* adresserons au *Souscripteur* une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, *Nous* résilierons de plein droit. 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 la durée totale de couverture, conformément au Code des assurances français. En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant *Résiliation*, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

En cas de paiement mensualisé, la *Cotisation* reste due pour la totalité de la période de couverture portée sur le *Certificat de souscription*.

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

Pour chacune des garanties *Impatrio* et *Expatrio*, deux formules vous sont proposées :

- **la formule "Complète"** comprenant les garanties suivantes : frais de santé, assistance rapatriement, soutien psychologique, *Responsabilité civile* vie privée et stages, protection juridique recours, *Individuelle accident*, report de départ et assurance bagages,
- **la formule "Mini"** comprenant uniquement les garanties frais de santé et assistance rapatriement.

7.1. FRAIS DE SANTÉ :

7.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé pour des actes mentionnés au tableau des garanties, prescrites par une autorité médicale qualifiée et qui seraient prises en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties).

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

Si les remboursements du Régime obligatoire sont modifiés au cours de l'année, *Nous* nous réservons le droit de conserver la base de remboursement qui était la nôtre en valeur absolue avant ladite modification. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie, à savoir la durée du séjour à l'*Étranger*, pourront être indemnisés.

Les frais sont remboursés dans la limite des *Frais réels* et dans la limite globale indiquée au tableau des garanties et des maxima contractuels. Le taux de change applicable sera celui en vigueur à la date de survenance du *Sinistre*. **Le montant maximum des remboursements effectués par l'organisme assureur au titre de la garantie frais de santé est plafonné à 200 000 € par Année d'assurance et par Assuré, sous déduction de toute Indemnité ou prestation de même nature versée par la Sécurité sociale ou tout organisme public ou privé en France et à l'Étranger.**

FRAIS DE SANTÉ Jusqu'à 200 000 € par <i>Année d'assurance</i>	EXPATRIO	IMPATRIO
<i>Hospitalisation</i> médicale ou chirurgicale Transport en ambulance (si <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL Mobilité)	100% des <i>Frais réels</i>	100% de la <i>Base de remboursement de la Sécurité sociale française</i>
Règlement direct lors d'une <i>Hospitalisation</i> supérieure à 24h (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio)	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	
Forfait journalier (en France) et chambre particulière	jusqu'à 50 € par jour	
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h, pratiqués en établissement hospitalier Consultations, visites, actes auprès de médecins généralistes ou spécialistes (jusqu'à 130 € par an pour les consultations d'ophtalmologie) Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie Actes d'auxiliaires médicaux (suite à <i>Accident caractérisé</i>)	100% des <i>Frais réels</i>	100% de la <i>Base de remboursement de la Sécurité sociale française</i>
Soins dentaires d'urgence	jusqu'à 400 € par an	jusqu'à 400 € par an
Frais de prothèses dentaires (suite à <i>Accident caractérisé</i>)	jusqu'à 600 € par an	jusqu'à 230 € par an
Frais de prothèses (hors prothèses dentaires) et frais d'optique : verres, lentilles et montures (suite à <i>Accident caractérisé</i>)	jusqu'à 500 € par an	jusqu'à 230 € par an
Forfait prévention : préservatifs	jusqu'à 20 € par an	jusqu'à 20 € par an

7.1.2. COMMENT OBTENIR LE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H ?

Nous pouvons effectuer un règlement direct de vos frais d'*Hospitalisation* auprès de l'établissement hospitalier dans lequel Vous séjournez. Nous nous mettrons ainsi directement en contact avec l'hôpital. Le service de règlement direct n'est pas disponible pour les Assurés bénéficiant du niveau B de la formule Expatrio.

Ce service est soumis à l'étude de votre dossier par notre Médecin Conseil. Vous devez pour cela nous faire parvenir le formulaire d'Attestation Médicale Confidentielle complété par votre praticien. Pour obtenir ce formulaire ou tout renseignement complémentaire préalablement à votre *Hospitalisation*, veuillez utiliser les numéros d'urgence suivants (également présents sur votre carte d'assuré) :

- à partir des USA ou du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir d'un pays d'Amérique du Sud, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir d'un pays d'Europe ou d'Afrique, composer le + 33 (0)1 73 02 93 99, Fax : + 33 (0)1 73 02 93 70,
- à partir des autres pays, composer le + 33 (0)1 55 92 23 09.

Pour faciliter le traitement de votre demande :

- en cas d'*Hospitalisation* programmée, veuillez nous transmettre les justificatifs médicaux indiqués ci-dessous, **5 jours au plus tard avant votre admission à l'hôpital**, pour que Nous puissions mettre en place le service de règlement direct en cas d'accord médical ;
- en cas d'*Hospitalisation* d'urgence, veuillez nous contacter dès que possible afin que vous soit transmis le formulaire d'*Attestation Médicale Confidentielle* (à faire compléter par votre praticien) nécessaire à l'étude de votre demande.

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

Certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant le début des soins, *Vous* aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une *Demande d'entente préalable* accompagnée d'un devis détaillé. Le formulaire « *Demande d'entente préalable* » est disponible sur le site www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93.

Sont soumis à l'accord préalable les actes d'auxiliaires médicaux suite à *Accident caractérisé* en cas de prescription de plus de 10 séances par *Année d'assurance*.

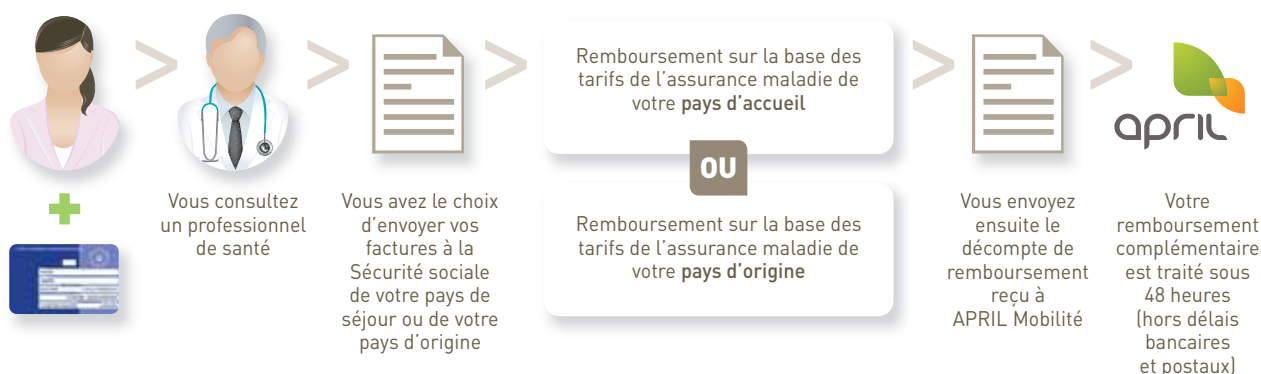
7.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

Vous consultez un professionnel de santé :

a) *Vous êtes bénéficiaire d'un contrat Expatrio A ou Impatrio :*



b) *Vous êtes bénéficiaire d'un contrat Expatrio B :*



Quels documents joindre à ma demande de remboursement ?

Veuillez compléter le **formulaire de demande de remboursement** disponible sur votre espace assuré accessible à partir du site www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 et nous le retourner dans les 3 mois qui suivent la date des soins, accompagné des pièces suivantes :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais, des preuves de paiement, des prescriptions médicales et des ordonnances acquittées, datées et mentionnant vos noms, prénoms et date de naissance, le genre de maladie, la nature, la date des visites et soins donnés. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et indiquer la monnaie locale ;
- si les soins sont dispensés en France ou ont été pris en charge par votre Caisse de Sécurité sociale, dans le cadre du niveau B de la formule Expatrio, *Vous* devez joindre les copies des feuilles de soins, des ordonnances, vignettes pharmaceutiques et des preuves de paiement ainsi que les bordereaux originaux des remboursements déjà effectués par la Caisse de Sécurité sociale ou d'autres organismes avec votre numéro d'assuré ;
- pour le remboursement d'actes d'auxiliaires médicaux, de frais de prothèses (dentaires ou autres) et d'optique, *Vous* devez également joindre à votre demande la preuve que les soins sont consécutifs à un *Accident caractérisé* tel que défini en page 4 ;
- pour le remboursement de vos *Soins dentaires d'urgence*, *Vous* devez également joindre à votre demande un certificat médical émanant de votre dentiste et attestant le fait que les soins dont *Vous* avez bénéficié relèvent d'un cas d'urgence dentaire, tel que défini dans les présentes conditions générales.

Pour obtenir le remboursement de votre Hospitalisation (si Vous n'avez pas utilisé le service de *Règlement direct des frais d'hospitalisation* présenté au paragraphe 7.1.2), Vous devez :

- faire compléter par votre médecin le formulaire d'« *Attestation Médicale Confidentielle* » précisant les dates et nature de l'affection et la date d'apparition des premiers symptômes ou les circonstances de l'*Accident* avec, dans ce cas, un rapport d'*Accident* à l'appui,
- nous le retourner accompagné du compte rendu hospitalier à l'attention de notre Médecin Conseil :
 - par fax : + 33 (0)1 73 02 93 90,
 - par email : hospitalisation@aprilmobilité.com,
 - par courrier : 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

Le formulaire « *Attestation Médicale Confidentielle* » est disponible sur votre espace assuré accessible à partir du site www.aprilmobilité.com ou sur simple demande au +33 (0) 1 73 02 93 93.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, Vous devez nous avertir dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte. Aucune réclamation ne sera acceptée passé ce délai.

Modes de règlement :

Vous pouvez être remboursé :

- par chèque en euros sans frais à votre charge et expédié à l'adresse de votre choix ;
- par virement sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B.) sans frais à votre charge ;
- par virement sur un compte étranger, quels que soient le pays et la devise concernés (R.I.B. international obligatoire avec N°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque et numéro routing ou SORT code et ABA pour les États-Unis) en précisant la devise de votre choix et moyennant des frais bancaires à votre charge pour tout remboursement supérieur à la contre-valeur de 75 €. Les frais bancaires seront déduits du remboursement effectué. En cas de remboursement inférieur à 75 €, les frais de virement seront à notre charge (hors frais éventuellement retenus par votre banque).

Tout remboursement est subordonné à l'observation des prescriptions ci-dessus.

Assurances cumulatives :

Les remboursements du régime social de base éventuel, de l'organisme assureur et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, Vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

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

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

7.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

7.2.1. CONDITIONS D'APPLICATION

Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?

Il est impératif d'avoir **l'accord obligatoire et préalable d'APRIL Mobilité Assistance pour bénéficier des garanties ci-après :**

- soit en téléphonant en France au +33 (0)1 55 92 23 09,
- soit par fax au +33 (0)1 55 92 40 50.

APRIL Mobilité Assistance n'intervient 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-après ne peut donner lieu à remboursement que si APRIL Mobilité Assistance a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès en vous communiquant un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais seront remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par APRIL Mobilité Assistance si celle-ci avait elle-même organisé le service.

APRIL Mobilité Assistance ne peut être tenue responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par vous-même à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. APRIL Mobilité Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

APRIL Mobilité Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des garanties prévues. Cependant, il est entendu que l'engagement d'APRIL Mobilité Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultats, compte tenu du contexte dans lequel pourraient s'effectuer les prestations.

7.2.2. TRANSPORT MÉDICAL, RAPATRIEMENT SANITAIRE

En cas d'*Accident* ou de *Maladie*, les médecins d'APRIL Mobilité Assistance contactent les médecins traitants sur place et prennent les décisions les mieux adaptées à votre état en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'*Équipe médicale* d'APRIL Mobilité Assistance recommande votre rapatriement, elle organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus. 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 de séjour*,
- soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* ou dans votre *Pays de séjour*.

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 dans votre *Pays de séjour*, APRIL Mobilité Assistance organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre domicile dans votre *Pays de séjour* ou votre *Pays de nationalité*. Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne ou l'avion sanitaire.

Le choix final du lieu d'*Hospitalisation*, de la date, de la nécessité de votre accompagnement et des moyens utilisés relève exclusivement de la décision de l'*Équipe médicale*.

Tout refus de la solution proposée par l'*Équipe médicale* entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

APRIL Mobilité Assistance peut vous demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être modifié.

7.2.3. PRÉSENCE D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 6 JOURS

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'*Hospitalisation* locale est supérieure à 6 jours consécutifs, APRIL Mobilité Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour se rendre sur place.

Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* en âge de majorité juridique.

APRIL Mobilité Assistance organise et prend également en charge les frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) **pendant 10 nuits maximum à raison de 80 € par nuit.**

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

7.2.4. 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 de votre *Pays de nationalité*, APRIL Mobilité Assistance en fait la recherche en France.

S'ils sont disponibles, ils sont expédiés dans les plus brefs délais sous réserve des contraintes des législations locales et des moyens de transport disponibles.

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

7.2.5. RETOUR ANTICIPÉ SI DÉCÈS D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE

APRIL Mobilité Assistance met à votre disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe dans le cas du décès d'un *Membre de votre famille* dans votre *Pays de nationalité*. Le voyage aller doit obligatoirement se faire dans les 8 jours suivant la date de décès.

À compter de la *Date d'effet* du contrat, un délai de carence de 6 mois est appliqué en cas de *Maladie* du *Membre de votre famille*. Le voyage aller doit obligatoirement se faire dans les 8 jours suivant la date de décès.

Cette prestation est acquise lorsque la date de décès est postérieure à votre date de départ à l'*Étranger*.

APRIL Mobilité Assistance se réserve le droit de vérifier la réalité de l'événement garanti (bulletin d'*Hospitalisation*, certificat de décès...) préalablement à toute intervention de ses services.

7.2.6. FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

La garantie a pour objet le remboursement de vos frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, sur un domaine privé ou public, d'équipes spécialisées dotées de tous moyens, afin de vous localiser et de vous évacuer jusqu'au centre d'accueil adapté le plus proche, **à hauteur de 5 000 € par Assuré et par événement**. Dans tous les cas, la garantie est limitée au montant des frais que *Vous* êtes tenu sur facture de rembourser en tout ou partie aux organismes officiels étant intervenus. La garantie intervient en complément des garanties dont *Vous* disposez par ailleurs. Vous-même ou toute personne agissant en votre nom, devez aviser APRIL Mobilité Assistance immédiatement verbalement, au plus tard dans les 48 heures suivant l'intervention et des raisons qui la motivent.

Pièces à fournir :

Dans les 5 jours suivant la réception de la facture émise par les organismes ayant procédé à l'intervention, vous-même ou vos ayants droit, devez faire parvenir directement à APRIL Mobilité Assistance à l'adresse suivante :

APRIL Mobilité Assistance - 6, rue André Gide - 92320 Châtillon Cedex, FRANCE :

- l'original de la ou des factures acquittée(s) et faisant ressortir la date, les motifs et la nature de l'intervention,
- un certificat médical initial précisant la nature de la *Maladie* imprévisible ou *Accident corporel*, en précisant « Confidentiel et Médical » sur le pli s'il y a lieu,
- un certificat de décès ou un constat des autorités de police, suivant le cas.

Le remboursement des frais se fait soit à vous-même, soit à vos ayants droit. Tout remboursement non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

7.2.7. RAPATRIEMENT DU CORPS EN CAS DE DÉCÈS ET FRAIS DE CERCUEIL

Si *Vous* décédez, APRIL Mobilité Assistance organise et prend en charge le rapatriement de votre corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans votre *Pays de nationalité*. APRIL Mobilité 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 APRIL Mobilité Assistance sont pris en charge **à concurrence de 1 000 € maximum**. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif d'APRIL Mobilité Assistance.

7.2.8. AVANCE DE CAUTION PÉNALE À L'ÉTRANGER

À l'*Étranger*, APRIL Mobilité Assistance procède à l'avance de la caution pénale exigée par les autorités pour votre libération ou pour vous permettre d'éviter d'être incarcéré. Cette avance est effectuée par l'intermédiaire d'un homme de loi sur place **à concurrence de 15 000 € maximum par événement**. *Vous* êtes tenu de rembourser cette avance à APRIL Mobilité Assistance :

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

7.2.9. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

Si *Vous* êtes dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et si *Vous* en faites la demande, APRIL Mobilité 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. APRIL Mobilité Assistance peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

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

7.2.10. ASSISTANCE VOYAGE SI PERTE OU VOL D'EFFETS PERSONNELS

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

APRIL Mobilité 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 sont mis à disposition dans votre *Pays de nationalité*, APRIL Mobilité Assistance se charge de les acheminer par les moyens les plus rapides.

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

En cas de perte ou vol d'un titre de transport, APRIL Mobilité 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-même, 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.

7.2.11. RETOUR IMPOSSIBLE

En cas de survenance d'un événement qualifié de *Force majeure* par les autorités publiques de votre *Pays de destination*, APRIL Mobilité Assistance prend en charge vos frais supplémentaires de séjour sur place, à hauteur de **80 € par jour (frais de restauration et d'hébergement uniquement), pour une durée maximale de 5 jours**.

La garantie ne prend effet qu'après déclaration de l'état de *Force majeure* par les autorités publiques du pays dans lequel *Vous* séjournez et après l'accord préalable d'APRIL Mobilité Assistance.

Tous les frais engagés sans l'accord préalable d'APRIL Mobilité Assistance 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.

En cas de survenance d'un événement de *Force majeure*, toutes les garanties du contrat sont maintenues pour 5 jours maximum à partir de la date de fin inscrite sur votre *Certificat de Souscription*.

7.2.12. LIMITATIONS DE GARANTIES

Lorsque APRIL Mobilité Assistance organise et prend en charge un rapatriement ou transport, il peut vous être demandé d'utiliser en priorité votre titre de voyage.

Lorsque APRIL Mobilité Assistance a assuré à ses frais votre retour, Vous devez impérativement remettre le titre de transport non utilisé à APRIL Mobilité Assistance.

7.3. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :

Cette garantie vous offre la possibilité de bénéficier 24h/24 et 7j/7 d'un service d'écoute psychologique via un numéro de téléphone (+33 (0)1 53 04 62 75) ou un e-mail (consultant.am@psya.fr). Le coût des communications est à votre charge. Ce service de soutien psychologique, disponible en langues française ou anglaise, est organisé en collaboration avec PSYA, société spécialisée dans les prestations d'assistance psychologique destinées aux personnes se déplaçant à l'*Étranger*. *Vous* entrez en contact avec des écoutants PSYA composés de psychologues cliniciens, psychologues victimologues et consultants experts qualifiés et formés.

Déroulement de la prestation

En composant le numéro de téléphone, *Vous* serez immédiatement mis en relation avec un écoutant. Les appels traités par les écoutants font l'objet d'un total anonymat et d'une totale confidentialité, conformément au Code de déontologie de la profession des psychologues. Lors du premier appel, un numéro vous sera communiqué. Ce numéro vous sera demandé lors de vos appels ultérieurs éventuels afin qu'un lien rapide puisse être réalisé avec votre dossier. Dans l'hypothèse où malgré les moyens mis en place, PSYA ne serait pas en mesure de répondre immédiatement à vos appels, *Vous* serez rappelé dans un délai qui ne sera pas supérieur à une heure.

La médiation téléphonique n'est pas à confondre avec le travail psychothérapique effectué en face à face. En aucun cas, PSYA ne s'autorise à débiter une psychothérapie par téléphone.

7.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIÉ PRIVÉE :

7.4.1. OBJET DE LA GARANTIE

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

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

- de votre propre fait ou du fait des personnes dont *Vous* répondez ;
- des choses et animaux dont *Vous* êtes propriétaire ou gardien ;
- de la pratique de tous sports et activités de plein air (sauf *Exclusions* détaillées au paragraphe 8) ;
- de la responsabilité encourue lors de la participation à des stages d'entreprise à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés au matériel utilisé à l'occasion du stage.

7.4.2. PLAFOND DE LA GARANTIE

- *Dommages corporels* : **4 500 000 € par Sinistre**.
- *Dommages matériels et immatériels consécutifs* causés aux tiers : **460 000 € par Année d'assurance**, les *Dommages immatériels* étant

compris dans la somme assurée à concurrence de 20 % soit **92 000 €**. **Franchise absolue de 75 € par Sinistre.**

- Dommages occasionnés au matériel du maître de stage, utilisé à l'occasion du stage : **12 000 € par Année d'assurance**. **Franchise absolue de 75 € par Sinistre.**

Comment bénéficiaire de la garantie ?

Vous devez nous déclarer, par lettre recommandée, 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.

7.5. PROTECTION JURIDIQUE RECOURS :

Pour les recours relevant de la loi française n° 891014 du 31 décembre 1989 et du décret du 1^{er} août 1990, l'organisme assureur prend en charge, dans la limite du plafond de la garantie prévue ci-après, le paiement des frais d'instruction, de procédure, d'enquête, d'expertise, d'exécution de jugement et les honoraires d'avocat.

7.5.1. OBJET DE LA GARANTIE

L'organisme assureur s'engage à réclamer au responsable, à l'amiable ou judiciairement, la réparation pécuniaire :

- des *Dommages corporels* que *Vous* avez subis dans le cadre des activités garanties ;
- des *Dommages matériels* qui auraient été garantis au titre de l'article 7.4 s'ils avaient engagé votre *Responsabilité civile*.

7.5.2. MONTANT ET SEUIL D'INTERVENTION

Le montant de l'intervention est fixé à **3 100 €** pour l'ensemble des litiges survenus au cours d'une même *Année d'assurance* avec un *Seuil d'intervention* de 228 €. Ce montant ne se reconstitue pas, quelle que soit la durée de traitement des litiges déclarés.

7.5.3. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Désaccord

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

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

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

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

Choix de l'avocat

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

Comment bénéficiaire de la garantie ?

Vous devez nous déclarer, **par lettre recommandée**, 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.

7.6. INDIVIDUELLE ACCIDENT :

7.6.1. EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

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

Attribution des prestations

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

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

Si *Vous* décédez et que *Vous* êtes âgé de 16 à 18 ans, le capital garanti revient à vos parents par parts égales entre eux et à défaut à vos autres héritiers.

Pièces à fournir :

Votre décès doit être déclaré **dans les 30 jours ouvrables** en nous adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

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

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

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

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

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

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

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

Pièces à fournir :

Vous devez nous déclarer l'*Accident* **dans les 30 jours ouvrables** en indiquant toutes précisions sur la gravité, les causes et les circonstances de l'*Accident*.

En outre, *Vous* devez :

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

7.7. REPORT DE DÉPART :

Vous êtes garanti pour le remboursement des pénalités exigées par les compagnies aériennes en cas de report de votre date de départ.

La garantie s'exerce :

- en cas de date d'examen modifiée et attestée impérativement par un document officiel, à caractère imprévisible et non reportable, pour une date se situant pendant le voyage, sous réserve que la convocation n'ait pas été connue au jour de la souscription du présent contrat ;
- en cas de convocation à un examen de rattrapage pour une date se situant pendant la durée du voyage, sous réserve que l'échec à l'examen n'ait pas été connu le jour de l'achat du billet d'avion.

La garantie s'exerce à concurrence de 100 € maximum par Assuré par Année d'assurance.

Pièces à fournir :

Vous devez nous aviser par écrit **dans les 5 jours ouvrables** suivant la date de survenance de l'événement garanti. Votre déclaration doit comporter les informations suivantes :

- vos nom, prénoms et adresse ;
- le motif précis du report de la date de départ ;
- le document officiel reprenant les dates des examens prévus et annulés ainsi que les nouvelles dates de convocation ;
- l'original de la facture faisant apparaître le montant des pénalités de retard.

Toute annulation non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

7.8. ASSURANCE BAGAGES :

Cette garantie couvre **à concurrence de 1 600 €** tous les bagages, objets et effets personnels que *Vous* avez emportés au cours du trajet aller-retour et pendant le séjour contre les risques de perte, le vol ou la destruction (explosion, incendie, dégâts des eaux). Sont garantis les bagages enregistrés ou accompagnés ainsi que les vêtements et effets personnels, les caméras, appareils photographiques, jumelles, matériels HI-FI et informatiques de toute sorte, vous appartenant, que *Vous* avez loués ou que l'on vous a confiés.

Toutefois, s'il s'agit de bagages enregistrés par un transporteur, l'organisme assureur n'interviendra qu'après déclaration en bonne et due forme effectuée auprès du transporteur et sous déduction de l'*Indemnité* que celui-ci versera au titre de sa responsabilité. En ce qui concerne la disparition des bagages et de leur contenu laissés sous la responsabilité d'un hôtelier, l'organisme assureur interviendra sous déduction de l'*Indemnité* versée par le dépositaire ou son organisme assureur au titre de sa *Responsabilité civile*.

Les objets d'art et de collection, l'argenterie, les bijoux, les pierreries et perles fines, les tableaux de valeur, les fourrures, les caméras, appareils photographiques, jumelles, matériels HI-FI et informatiques de toute sorte, fusils de chasse, sont indemnisés dans la limite de 50% de la somme garantie, soit 800 € maximum.

Pour tout Sinistre, une Franchise de 15 € restera à votre charge.

Comment bénéficier de l'assurance bagages ?

Vous devez nous déclarer le *Sinistre* par écrit, **dans les 5 jours ouvrés** qui suivent les dommages. Passé ce délai, l'organisme assureur se réserve le droit d'appliquer la déchéance des garanties.

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 8.7, sont exclus de la garantie :

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales, la thalassothérapie ;
- tout traitement lié à la stérilité, à la fertilité ou à la contraception ;
- les traitements (consultation, pharmacie, *Hospitalisation*...) de psychothérapie, de psychiatrie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- les frais de vaccination, les soins liés à la dermatologie, les bilans de santé et les suites de maladies tropicales ;
- les frais qui auraient pu être effectués à votre retour dans votre *Pays de nationalité* ;
- les frais annexes, tels que les frais de téléphone en cas d'*Hospitalisation* ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la maladie ;
- tout soin dentaire ne présentant pas un caractère d'urgence tel que : examens dentaires de routine, détartrages, conditions préexistantes comprenant les caries/cavités, soins de reconstruction, les couronnes et/ou réparation de couronnes ou tout autre traitement non nécessaire au soulagement de la douleur ;
- les frais de prothèses (y compris prothèses dentaires) et d'optique, d'auxiliaires médicaux, sauf si les frais font suite à un *Accident caractérisé* ;
- les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui vous ont accueilli ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne, dans les maisons de repos sauf après *Hospitalisation* médicale ou chirurgicale ;
- toute *Hospitalisation* programmée, au moment de la souscription, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- tout traitement d'orthodontie.

8.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7, ne sont pas garantis au titre de la garantie assistance rapatriement, les frais résultant des faits ou événements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit et ne pourront donner lieu à l'intervention d'APRIL Mobilité 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 ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- les affections ayant donné lieu à une *Hospitalisation* dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les traitements de la stérilité ;
- les états de grossesse, les accouchements et leurs suites concernant les nouveau-nés, les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique, les soins de dermatologie, 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 tropicales ;
- les maladies ou malformations congénitales ;
- les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences des dommages causés par des explosifs que *Vous* pouvez détenir.

Au titre de la garantie assistance rapatriement, ne sont pas pris en charge et ne donnent pas lieu à remboursement :

- 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 votre état de santé ;

- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les frais que *Vous* avez engagés pour la délivrance de tout document officiel.

Au titre de la garantie assistance retour impossible, ne sont pas pris en charge et ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais engendrés sans notre accord préalable ;
- les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement de *Force majeure* tel que défini dans les présentes conditions générales et constaté par les autorités publiques compétentes.

En outre, sont exclus de la garantie les frais de recherche et secours :

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

8.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :

- les dommages résultant de toute activité professionnelle (sauf pour les dommages au matériel utilisé à l'occasion de stage en entreprise) ;
- les conséquences pécuniaires de la responsabilité contractuelle que *Vous* encourez, en dehors de la responsabilité encourue à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés aux matériels utilisés à l'occasion dudit stage ;
- les risques de circulation définis par la loi française n° 58208 du 27 février 1958 relative à l'assurance obligatoire des véhicules à moteur ;
- les *Accidents* subis par vous-même ou par vos salariés ou préposés pendant leurs fonctions ainsi que par vos ascendants et descendants ;
- les dommages causés aux objets et animaux vous appartenant ou vous ayant été prêtés ;
- les amendes et frais afférents pouvant vous incomber ;
- les dommages consécutifs à votre usage de tous appareils de navigation aérienne ;
- les dommages résultant de la pollution ;
- les écaillures, ébréchures et éraflures aux appareils sanitaires ainsi que les bris de vaisselles et les dommages causés à la literie.

8.4. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE RECOURS :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :

- les frais de recours lorsque l'auteur responsable des dommages a la qualité d'*Assuré* au sens du contrat ;
- les recours en cas de *Dommages corporels ou matériels* que *Vous* subissez lorsque *Vous* utilisez à un titre quelconque, un véhicule terrestre à moteur ;
- l'exercice d'un recours lorsque les *Indemnités* à obtenir sont inférieures à une somme de 228 € ;
- les réclamations relatives aux *Dommages matériels* fondées sur l'inexécution ou la mauvaise exécution d'une responsabilité contractuelle du responsable.

8.5. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :

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

8.6. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSURANCE BAGAGES :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :

- les espèces, billets de banque, titres de toute nature, documents, billets de voyage ;
- les *Accidents* de fumeurs ainsi que les dommages causés aux objets tombés ou jetés dans un foyer et les brûlures occasionnées par un excès de chaleur sans embrasement ;

- les dommages causés aux appareils électriques et résultant de leur seul fonctionnement ainsi que ceux provenant du vice propre de l'objet ;
- les dommages résultant de la confiscation ou de la détention par la douane ou autres autorités publiques, des biens garantis ;
- le bris ou la casse d'objets fragiles ou de nature cassante, tels que montres, appareils photographiques, lunettes et matériels informatiques ;
- les détériorations dues à l'usure ;
- les vols commis par les membres de votre famille visés à l'Article 380 du Code pénal français ou avec leur complicité ou par vos domestiques et vos autres préposés dans l'exercice de leurs fonctions ;
- les vols commis dans les circonstances suivantes :
 - a) dans le cas de bagages enregistrés, si le mauvais conditionnement ou la défectuosité de l'emballage ont facilité le vol ;
 - b) lorsque les objets sont laissés sans surveillance dans un lieu public ou dans un local mis à la disposition commune de plusieurs occupants ;
 - c) lorsque les objets se trouvent :
 - dans un véhicule décapotable ;
 - dans un véhicule dont les glaces ne sont pas fermées ;
 - dans un véhicule dont les portières ou le coffre ne sont pas fermés à clé ;
 - dans un véhicule automobile entre 22 heures et 7 heures du matin hors d'un garage public ou privé, à l'exception des objets situés dans les soutes ou coffres des autobus et autocars.

8.7. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

Sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- de vos faits intentionnels ou dolosifs et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel *Vous* séjournez ;
- de la participation volontaire à des rixes, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes sauf en cas de légitime défense ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des grèves, des actes de terrorisme, de piraterie, de sabotage ;
- de votre suicide ou de votre tentative de suicide, de l'usage de drogue ou de stupéfiants hors prescription médicale, de votre alcoolémie ou de votre ivresse (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre*) ;
- 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 marée et autres cataclysmes, sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des maladies, affections, malformations antérieures à la *Date d'effet* du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales et non déclarées à la souscription ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
- de la pratique des sports présentant des caractéristiques dangereuses : l'ULM, le deltaplane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, 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, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, le kitesurf et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à titre professionnel à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique à titre professionnel des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
- tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- d'activités sportives impliquant l'utilisation ou la présence d'un animal telle que les compétitions équestres, corridas ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si *Vous* avez la qualité de simple passager et que *Vous* vous trouvez à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences.

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 affections médicales survenues avant la date de signature de la Demande de souscription au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande de souscription et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée au *Souscripteur* par courrier et acceptée par le *Souscripteur*.

9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Le présent contrat d'assurance est assuré :

Pour les garanties frais de santé et Individuelle accident :

par Groupama Gan Vie (contrats n°219/877763 et 220/877764), société anonyme au capital de 413 036 043 € (entièrement versé) RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z, située 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08, FRANCE ;

Pour les garanties Responsabilité civile vie privée, assurance bagages et protection juridique recours :

par Gan Eurocourtage (contrat n°78 347 432), société anonyme au capital de 8 055 564 € (entièrement versé), immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 410 332 738 (code APE : 6511Z), située 4-6 avenue d'Alsace - 92033 La Défense Cedex, FRANCE ;

Pour les garanties assistance rapatriement et report de départ :

par ACE EUROPE (contrat n°FR32022523), les prestations d'assistance étant fournies par AXA Assistance (contrat n°7203197), entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100 Leadenhall street Londres EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

La gestion administrative de ces contrats est déléguée à APRIL Mobilité, société anonyme au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 (www.orias.fr), située 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

APRIL Mobilité met également à votre disposition, des prestations de service dénommées "Soutien psychologique" réalisées par la société PSYA, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 414 510 024, située 69 rue Lafayette, 75009 Paris, FRANCE.

9.2 CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour les contrats d'assurance : l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE,
- pour le contrat d'assistance : Financial Services Authority, située 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14EHS, ROYAUME-UNI.

APRIL Mobilité est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

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.

Ces contrats sont régis par :

- le Code des assurances français,
- les présentes conditions générales,
- les *Certificats de souscription* remis aux *Souscripteurs*.

9.3. PRESCRIPTION :

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code des assurances français. Pour la garantie décès, ce délai est porté à 10 ans lorsque les *Bénéficiaires* sont vos ayants droit.

9.4. SUBROGATION :

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

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

9.5. CONTRÔLE :

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

9.6. CONCILIATION/JURIDICTION :

Le présent contrat étant fait et souscrit de bonne foi, les parties s'engagent en cas de désaccord à ne recourir en justice qu'après avoir tenté une conciliation. À cet effet, elles désigneront chacune un arbitre. Si les deux arbitres ne se trouvaient pas d'accord avec la décision à prendre, ils choisiraient d'un commun accord, un tiers arbitre pour les départager et tous les trois opéreraient à la majorité des voix. Chaque partie règle les frais et honoraires de son arbitre et s'il y a lieu la moitié des honoraires du 3^{ème} arbitre. *Vous* déclarez vous soumettre à la juridiction des Tribunaux de Paris et renoncer à toute procédure dans tout autre pays.

9.7 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :

Vous avez le droit de demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'APRIL Mobilité, de ses mandataires ou des organismes assureurs. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du siège d'APRIL Mobilité (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée).

april | mobilité

APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social :

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

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

E-mail : info@aprilmobilite.com - www.aprilmobilite.com

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

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

Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09 - FRANCE.



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