

[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS



# Magellan

Conditions Générales 2011

Réf : Ma 2011



Imprimé  
sur papier recyclé



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

## SOMMAIRE

<b>1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT</b> .....	<b>P. 3</b>
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES .....	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 OU VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE ? .....	p. 4
<b>2. DÉFINITIONS</b> .....	<b>P. 5</b>
<b>3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT</b> .....	<b>P. 7</b>
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ? .....	p. 7
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ? .....	p. 7
<b>4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?</b> .....	<b>P. 7</b>
<b>5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT</b> .....	<b>P. 7</b>
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?.....	p. 7
5.2. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT .....	p. 8
5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT.....	p. 8
5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?.....	p. 8
5.5. QUE FAIRE SI VOTRE SÉJOUR EST MODIFIÉ OU ANNULÉ ? .....	p. 9
<b>6. COTISATIONS</b> .....	<b>P. 9</b>
6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ? .....	p. 9
6.2. LES MODES DE PAIEMENT .....	p. 9
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ? .....	p. 9
<b>7. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?</b> .....	<b>P. 10</b>
7.1. FRAIS DE SANTÉ .....	p. 10
7.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT .....	p. 15
7.3. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE .....	p. 18
7.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE ET STAGES .....	p. 19
7.5. PROTECTION JURIDIQUE RECOURS .....	p. 19
7.6. INDIVIDUELLE ACCIDENT .....	p. 20
7.7. ASSURANCE BAGAGES .....	p. 21
<b>8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT</b> .....	<b>P. 21</b>
<b>9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>P. 25</b>
9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?.....	p. 25
9.2. CADRE LÉGAL .....	p. 26
9.3. PRESCRIPTION.....	p. 26
9.4. SUBROGATION.....	p. 26
9.5. CONTRÔLE.....	p. 26
9.6. CONCILIATION/JURIDICTION .....	p. 26
9.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	p. 26

### ● Remarque :

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

Una versión española de las Condiciones generales está disponible en [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr). 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 DE PLUS DE 24 HEURES :

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

Pour s'assurer que votre séjour donne droit à remboursement, *Nous* vous demandons de bien vouloir faire compléter par votre praticien un formulaire appelé "Attestation médicale confidentielle" détaillant le motif de votre *Hospitalisation*, à transmettre à notre Médecin Conseil. Pour plus de précisions, reportez-vous au paragraphe 7.1.2.

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

- à partir des USA, du Canada ou de certaines régions du Mexique, 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 adhésion :



### 1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

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

Il est impératif d'avoir l'accord obligatoire et préalable d'APRIL International Assistance pour bénéficier de vos garanties d'assistance (voir paragraphe 7.2).

Pour cela, veuillez contacter APRIL International Assistance :

- 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 :

Ce service est réservé aux Assurés bénéficiaires de la Formule Complète et de l'Option 1 (couverture au 1<sup>er</sup> euro).

#### Pour bénéficier du service de consultation à domicile en Amérique du Nord veuillez :

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

Le service de consultation à domicile est disponible dans les villes suivantes (au 01/10/2010) :

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

#### 1.4. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :

**Pour bénéficier du service de soutien psychologique** (voir paragraphe 7.3.) :

- **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.april-international.fr](http://www.april-international.fr) (Espace particulier), **Vous avez accès à votre espace assuré, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe.**

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

- vos décomptes de remboursement ainsi que ceux des membres de votre famille, vos garanties ainsi que les présentes conditions générales,
- vos coordonnées personnelles et bancaires.

**Vous pouvez télécharger les formulaires à compléter pour vos remboursements** (voir paragraphe 7.1) :

- 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 avant d'engager certains soins ou traitements),
- Formulaire de demande de remboursement (à joindre à vos factures et prescriptions médicales).

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

- consulter vos coordonnées personnelles et les coordonnées de votre assureur-conseil,
- consulter votre mode de règlement.
- régler en ligne par carte bancaire vos échéances.

#### 1.6. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT OU VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE ?

**Pour envoyer une demande de remboursement :**

- **si Vous êtes assuré au 1<sup>er</sup> euro :**

Complétez le formulaire de demande de remboursement en y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales (voir paragraphe 7.1.4.) et adressez ces éléments à :

**APRIL International Expat**

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

- **si Vous êtes assuré en complément de la CFE :**

Complétez le formulaire de demande de remboursement en y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales (voir paragraphe 7.1.4.) et adressez ces éléments à :

**CFE - s/c APRIL International Expat**

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

- **si Vous êtes assuré en complément de la Sécurité sociale française :**

Vous devez adresser dans un premier temps les originaux de vos factures et prescriptions médicales à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie en France. Vous nous adresserez ensuite l'original du décompte de remboursement établi par votre caisse, accompagné des copies des factures et prescriptions médicales à :

**APRIL International Expat**

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

**Pour envoyer une Demande d'entente préalable :**

Certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes un formulaire appelé "*Demande d'entente préalable*" et nous le retourner accompagné d'un devis détaillé à l'adresse indiquée ci-dessus ou par email à [prestation@aprilmobile.com](mailto:prestation@aprilmobile.com) avant d'engager les soins correspondants (voir paragraphe 7.1.3).

## 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, autorités médicales...) ayant délivré une attestation précisant les circonstances et la nature de la blessure ainsi que la date de l'*Accident*.
- ACCORD PRÉALABLE** : certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, *Vous* aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes un formulaire appelé « *Demande d'entente préalable* » accompagné d'un devis détaillé.
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité et qui paie les *Cotisations*.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de 12 mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
- ASSURÉ** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties du présent contrat. C'est-à-dire *Vous* et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Ils sont alors inscrits au *Certificat d'adhésion*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.
- 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 relève. 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 D'ADHÉSION** : document valant attestation d'assurance que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Magellan et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, la formule et l'option sélectionnées. Le *Certificat d'adhésion* correspond aux conditions particulières du contrat.
- CONJOINT** : l'époux ou l'épouse de l'*Assuré principal* non divorcé(e), ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'*Assuré principal* bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du *Sinistre*. Le concubin notoire de l'*Assuré principal* pourra être considéré comme ayant la qualité de conjoint si justification de sa qualité est faite.
- CONSOLIDATION** : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un *Accident* ou souffrant d'une *Maladie*.
- COTISATION** : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au *Certificat d'adhésion*.
- DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée au *Certificat d'adhésion*.
- DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE** : formulaire à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre *Accord préalable* avant d'engager certains actes ou traitements.
- DOMICILE SINISTRÉ** : votre domicile endommagé et devenu inhabitable à la suite de l'un des événements suivants :
- incendie,
  - explosion,
  - implosion,
  - dégâts des eaux,
  - bris de vitres,
  - vol,
  - tentative de vol,
  - vandalisme,
  - événements climatiques (tempête, grêle sur les toitures, poids de la neige/glace sur les toitures),
  - risques annexes (foudre, enfumage, chute d'avion ou d'engin spatial, choc d'un véhicule terrestre à moteur),
  - gel des canalisations et des appareils de chauffage,
  - dégât des eaux suite à un débordement des égouts occasionné par des pluies exceptionnelles,
  - catastrophe naturelle faisant l'objet d'un décret.

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

- âgé de moins de 21 ans ;

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

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

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

**ÉTRANGER** : tout pays garanti listé dans le présent contrat, en dehors de votre *Pays de nationalité*.

**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 dans lequel *Vous* séjournez.

**FORFAIT JOURNALIER** : part du prix de journée d'*Hospitalisation* 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) de plus de 24 heures 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 un *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 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*.

**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, enfant ou tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.

**N NOUS** : APRIL International Expat.

**O 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 d'adhésion 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 DESTINATION** : le pays de résidence principal où *Vous* séjournez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.

**PROCHE** : toute personne physique désignée par *Vous-même* ou un de vos ayants droits et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.

**R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : si *Vous* êtes hospitalisé plus de 24 heures, *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge 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 d'assuré à l'établissement hospitalier.

**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.

## 3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

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

L'adhésion au présent contrat vous garantit en fonction de la formule sélectionnée, les prestations suivantes :

**Pour la formule « Mini » :**

- remboursement de frais de santé : hospitalisation en cas de *Maladie* ou *Accident* et médecine de ville en cas d'*Accident* seulement ;
- garanties basiques d'assistance rapatriement (voir paragraphe 7).

**Pour la formule « Complète » :**

- remboursement de frais de santé : hospitalisation et médecine de ville en cas de *Maladie* ou *Accident* ;
- soutien psychologique ;
- garanties étendues d'assistance rapatriement (voir paragraphe 7) ;
- *Responsabilité civile* vie privée et stages ;
- capital décès ou *Invalidité* permanente totale ou partielle par *Accident* ;
- perte, vol ou destruction des bagages.

### 3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Les garanties sont acquises dans le monde entier, hors de votre *Pays de nationalité* et hors de France et des *D.R.O.M.* Les garanties sont acquises dans votre *Pays de nationalité*, en France et dans les *D.R.O.M.* pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre deux séjours dans votre *Pays de destination*.

**En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est exclue.** La liste complète des pays exclus est disponible sur le site [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

## 4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

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

- être âgé de moins de 75 ans à la *Date d'effet* du contrat ;
- vous rendre temporairement à l'*Étranger* (hors de France, des *D.R.O.M.* et hors de votre *Pays de nationalité*), à l'occasion d'études, de stage, loisirs ou visite professionnelle ou privée ;
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Profil de santé au maximum 6 mois avant la *Date d'effet* du contrat ;
- 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 et ne pas prévoir de traitement dans votre *Pays de destination*.

**Peuvent également être couverts par ce contrat les membres de votre famille, à savoir :**

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

**En cas de choix de l'option 2,** Vous devez en outre bénéficier du régime *Maladie/Maternité* de la CFE ou des prestations de la Sécurité sociale française pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.

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

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

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

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

### 5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

À la date indiquée sur le *Certificat d'adhésion* et au plus tôt le lendemain de la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Profil de santé complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la *Cotisation* due et sous réserve de notre acceptation concrétisée par l'émission du *Certificat d'adhésion* précisant les garanties souscrites.

**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 :**

- aucun Délai d'attente en cas d'Accident ;
- autres cas : 8 jours.

Les Délais d'attente s'appliquent à compter de la Date d'effet portée sur votre Certificat d'adhésion.

**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.**

## 5.2. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour la période portée sur votre Certificat d'adhésion.

Les garanties sont acquises :

- en cas de choix de l'option 1 : pour une période minimale de 15 jours et maximale de 12 mois,
- en cas de choix de l'option 2 en complément de la Sécurité sociale française : pour une durée minimale de 15 jours et maximale de 3 mois,
- en cas de choix de l'option 2 en complément de la CFE : pour une durée minimale de 3 mois et maximale de 12 mois.

Le contrat est renouvelable sur demande à la condition que Vous réalisiez les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4). Vous pouvez renouveler votre contrat trois fois maximum, sur votre demande et sous réserve de l'accord de l'organisme assureur. La demande de renouvellement doit nous parvenir avant la date de fin du contrat portée sur votre Certificat d'adhésion.

En cas de renouvellement, les Délais d'attente sont abrogés.

## 5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de non-paiement des Cotisations (se reporter au paragraphe 6.3.) ;
- b) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent) ;
- c) pour Vous et chaque membre de votre famille, dès que Vous cessez de répondre aux conditions d'adhésion 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 d'adhésion.

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 de couverture portée sur votre Certificat d'adhésion.

### 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 garantie et à la Résiliation du contrat.**

## 5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

La signature de la Demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent.

### **Si l'Adhérent a adhéré suite à un démarchage à domicile :**

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

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

### Si l'Adhérent a adhéré à distance :

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

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

L'Adhérent doit adresser une lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL International Expat - Service Suivi Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

L'Adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M.....(nom, prénom, adresse)  
déclare renoncer à mon adhésion au contrat "Magellan" 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 à l'Adhérent, à l'exception des droits d'adhésion, 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 d'adhésion* et éventuellement de la carte APRIL International. 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 VOS COTISATIONS ?

La *Cotisation* est déterminée par la formule et l'option sélectionnées, la tranche d'âge et la durée de couverture choisie. L'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul de la *Cotisation* est l'âge de l'Assuré à la *Date d'effet* du contrat.

En cas d'adhésion familiale, c'est la tranche d'âge de l'Assuré le plus âgé qui détermine le montant de la *Cotisation*. Au-delà de 65 ans, la *Cotisation* est individuelle.

La *Cotisation* peut évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré.

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

### 6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en euros, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent figurant sur la Demande d'adhésion :

- en intégralité au moment de l'adhésion, 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, l'Adhérent pourra effectuer un virement sur notre compte bancaire dont les coordonnées lui seront communiquées sur demande, moyennant des frais bancaires à sa charge.

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

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 10 jours de son échéance, Nous adresserons à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, Nous résilierons de plein droit le contrat. En outre, Nous pourrions réclamer en justice le paiement des *Cotisations* restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la *Cotisation* deviendra exigible immédiatement pour la durée totale de couverture, conformément au Code des assurances français.

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

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

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

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

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

Deux formules vous sont proposées :

**La formule « Complète »** comprend les garanties suivantes :

- Frais de santé : hospitalisation et médecine de ville en cas de *Maladie* ou *Accident*,
- Assistance rapatriement :
  - Transport médical, rapatriement sanitaire,
  - Frais de recherche et de secours,
  - Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil,
  - Avance de caution pénale à l'*Étranger*,
  - Présence d'un *Membre de votre famille* en cas d'hospitalisation supérieure à 6 jours,
  - Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place,
  - Retour anticipé si décès ou hospitalisation d'un *Membre de votre famille*,
  - Accompagnement du défunt,
  - Retour des *Membre de la famille* assurés,
  - Retour après *Consolidation* dans le *Pays de destination*,
  - Envoi d'un collaborateur de remplacement,
  - Retour anticipé en cas de *Sinistre* au domicile
  - Frais d'avocat à l'*Étranger*,
  - Transmission de messages urgents,
  - Assistance voyage si perte ou vol d'effets personnels,
  - Retard de bagages,
  - Retour impossible,
- Soutien psychologique,
- *Responsabilité civile* vie privée et stages,
- Protection juridique recours,
- *Individuelle accident*,
- Assurance bagages.

**La formule « Mini »** comprend uniquement les garanties suivantes :

- Frais de santé : hospitalisation en cas de *Maladie* ou *Accident* et médecine de ville en cas d'*Accident*,
- Assistance rapatriement :
  - Transport médical, rapatriement sanitaire,
  - Frais de recherche et de secours,
  - Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil,
  - Avance de caution pénale à l'*Étranger*.

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

### 7.1. FRAIS DE SANTÉ :

#### 7.1.1 NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Deux options vous sont proposées :

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

L'option 2 ne peut être sélectionnée qu'en cas de choix de la formule Complète.

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 en cas de choix de l'Option 1 (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- sont prises en charge par la Sécurité sociale française ou la CFE en cas de choix de l'Option 2 (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 avant ladite modification. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Les frais sont remboursés poste par poste selon l'option sélectionnée, dans la limite des *Frais réels* et conformément au tableau des garanties.

Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de survenance du *Sinistre*.

**En cas de choix de l'Option 2,** *Nous* ne remboursons qu'en complément, sur justificatif des prestations de votre régime de base.

#### Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur 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*.

## FORMULE COMPLÈTE

Jusqu'à 200 000 € par Assuré par Année d'assurance	OPTION 1 : Remboursements au 1 <sup>er</sup> euro	OPTION 2 : Remboursements en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE
<i>Hospitalisation</i> médicale ou chirurgicale	100% des <i>Frais réels</i>	remboursements en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
Règlement direct des frais d' <i>hospitalisation</i> de plus de 24 heures	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 (sauf pour les <i>Assurés</i> en complément de la Sécurité sociale française)
Forfait journalier	100% des <i>Frais réels</i>	remboursements en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
Chambre particulière	jusqu'à 50 € par jour	
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 80 € par acte	
Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers* et actes de spécialistes	100% des <i>Frais réels</i>	
Kinésithérapie* (suite à <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International)	100% des <i>Frais réels</i> jusqu'à 50 € par an	
Soins optiques (suite à <i>Accident caractérisé</i> uniquement)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 350 € par an	
Soins et prothèses dentaires (suite à <i>Accident caractérisé</i> uniquement)		
Autres prothèses (suite à <i>Accident caractérisé</i> uniquement)		
Forfait prévention : préservatifs	jusqu'à 20 € par an	jusqu'à 20 € par an

\* Actes soumis à *Accord préalable* en cas de prescription de plus de 10 séances par *Année d'assurance* (se reporter au paragraphe 7.1.3).

## FORMULE MINI

Jusqu'à 200 000 € par Assuré par Année d'assurance

Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% des Frais réels
Règlement direct des frais d'hospitalisation de plus de 24 heures	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Forfait journalier	100% des Frais réels
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes	100% des Frais réels, en cas d'Accident seulement et sur présentation d'un certificat médical, jusqu'à 500 € par an
Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers* et actes de spécialistes	
Kinésithérapie* (suite à Hospitalisation prise en charge par APRIL International)	

\* Actes soumis à Accord préalable en cas de prescription de plus de 10 séances par Année d'assurance (se reporter au paragraphe 7.1.3).

#### En France et dans votre Pays de nationalité :

Pendant un retour temporaire (jusqu'à 90 jours consécutifs) en France et dans les D.R.O.M. ou dans votre Pays de nationalité, entre deux périodes à l'Étranger, les mêmes actes sont garantis dans la limite de 100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française et avec les plafonds mentionnés ci-dessus. Lorsque Vous bénéficiez des prestations de la Sécurité sociale française ou de la CFE et/ou de toute mutuelle ou caisse de prévoyance, ces garanties viennent en complément, sous réserve des dispositions prévues au chapitre assurances cumulatives.

#### 7.1.2. COMMENT OBTENIR LE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES ? (SAUF POUR LES ASSURÉS BÉNÉFICIAIRES DE L'OPTION 2 EN COMPLÉMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE)

Nous pouvons effectuer un Règlement direct de vos frais d'Hospitalisation de plus de 24 heures auprès de l'établissement hospitalier dans lequel Vous séjournez. Nous nous mettrons ainsi directement en contact avec l'hôpital.

**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 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-dessus, 5 jours au plus tard avant votre admission à l'hôpital, pour que puisse être mis 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 *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 le formulaire *Demande d'entente préalable* accompagné

d'un devis détaillé. Ce formulaire est disponible dans votre espace assuré accessible à partir du site [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93.

Sont soumises à *Accord préalable* les prescriptions d'actes en série (kinésithérapie suite à *Hospitalisation* prise en charge et soins infirmiers) en cas de prescription de plus de 10 séances par *Année d'assurance*.

**Votre Demande d'entente préalable doit nous être transmise à l'adresse ci-après :**

**APRIL International Expat** - Service Remboursements - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE - Email : [prestation@aprilmobilite.com](mailto:prestation@aprilmobilite.com)

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

##### a) En cas de choix de l'Option 1 (Formules Mini et Complète) :



##### Quels documents joindre à votre demande de remboursement ?

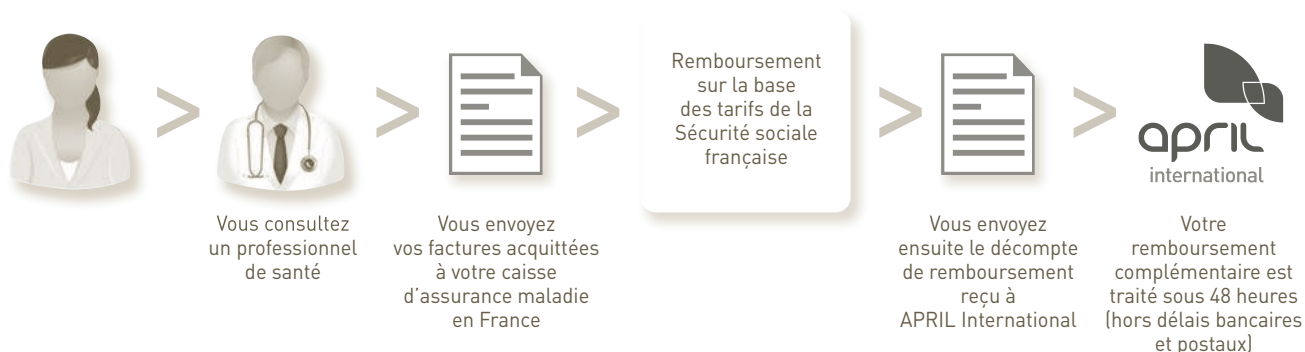
Veillez compléter le formulaire de demande de remboursement disponible dans votre espace assuré accessible à partir du site [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr), sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par email à [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com) 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 prescriptions médicales et des ordonnances acquittées, datées et mentionnant vos nom, prénoms et date de naissance, ainsi que 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 sont dispensés en France, *Vous* devez joindre les originaux des feuilles de soins, ordonnances et vignettes pharmaceutiques ainsi que les originaux des bordereaux de remboursements déjà effectués par d'autres organismes avec votre numéro de contrat ;
- pour les remboursements des soins et prothèses dentaires, des frais d'optique et des autres prothèses, *Vous* devez joindre la preuve que les soins sont consécutifs à un *Accident caractérisé* tel que défini au paragraphe 2 ;
- pour le remboursement des frais de santé hors hospitalisation en cas de choix de la Formule Mini, *Vous* devez également joindre un certificat médical attestant le fait que les soins sont consécutifs à un *Accident* tel que défini au paragraphe 2 ;
- si les soins nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire d'entente préalable accepté par nos services médicaux.

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

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

##### b) En cas de choix de l'Option 2 en complément de la Sécurité sociale française (Formule Complète) :



Votre demande de remboursement doit être préalablement adressée à votre Caisse Primaire de Sécurité sociale.

*Vous* nous adresserez ensuite l'original du décompte de remboursement reçu de la Sécurité sociale française pour obtenir le remboursement complémentaire.

*Nous* nous réservons le droit de réclamer à tout moment les justificatifs des *Frais réels*, notamment en cas d'*Hospitalisation* ou lorsque *Vous* (ou l'ayant droit) avez été accepté à des conditions particulières. *Vous* devez en outre nous transmettre les photocopies des pièces justificatives suivantes :

- accord éventuel de prise en charge des traitements en série ;
- factures des prothèses dentaires suite à *Accident caractérisé* ;
- facture d'optique suite à *Accident caractérisé*.

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

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

**c) En cas de choix de l'Option 2 en complément de la CFE (Formule Complète) :**



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

*Nous* effectuerons un seul règlement global (prestations de la CFE et d'APRIL International réunies).

**Les demandes de remboursement doivent être adressées à :**

**CFE - s/c APRIL International Expat** - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

**d) Pour obtenir le remboursement de vos frais d'*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 « *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 un rapport d'*Accident* à l'appui,
- nous le retourner accompagnés du compte rendu hospitalier à l'attention de notre Médecin Conseil :
  - par fax : + 33 (0)1 73 02 93 60,
  - par email : [hospitalisation@aprilmobilité.com](mailto:hospitalisation@aprilmobilité.com),
  - par courrier : 110 avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Le formulaire « *Attestation médicale confidentielle* » est disponible dans votre espace assuré accessible à partir du site [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93.

*Nous* nous réservons la possibilité de demander toute autre justificatif qui nous paraîtrait nécessaire.

**En cas de désaccord sur le montant du règlement, *Vous* devez nous avertir dans les 3 mois qui suivent la date d'établissement du décompte. Aucune réclamation ne sera acceptée passé ce délai.**

***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, sauf cas particulier ;

- 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 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 s'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 :**

**Comment bénéficiaire de l'assistance rapatriement ?**

Il est impératif d'avoir l'**accord obligatoire et préalable d'APRIL International 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 International 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.

**7.2.1. CONDITIONS D'APPLICATION**

L'organisation par Vous-même ou par votre entourage de l'une des assistances énoncées ci-dessous ne peut donner lieu à un remboursement que si APRIL International Assistance a été prévenue de cette procédure, a donné son accord exprès et vous a communiqué un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais sont remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par APRIL International Assistance si celle-ci avait elle-même organisé le service.

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

**7.2.2. GARANTIES COMMUNES AUX FORMULES MINI ET COMPLÈTE**

**7.2.2.1. Transport médical, rapatriement sanitaire**

En cas d'*Accident* ou de *Maladie*, les médecins d'APRIL International 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 International Assistance recommande votre rapatriement, APRIL International 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 de votre lieu de résidence dans votre *Pays de destination*,
- soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* ou dans votre *Pays de destination*.

Si Vous êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre *Pays de nationalité* ou de votre lieu de résidence dans votre *Pays de destination*, APRIL International Assistance organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre lieu de résidence dans votre *Pays de destination* ou à votre domicile dans 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 International Assistance peut vous demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié.

#### 7.2.2.2. 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 y compris l'usage d'un hélicoptère, 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 15 000 € 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* (ou toute personne agissant en votre nom), devez aviser APRIL International Assistance immédiatement verbalement, au plus tard dans les 48 heures suivant l'intervention et des raisons qui la motivent.

#### Comment bénéficier de la garantie ?

**Dans les 5 jours** suivant la réception de la facture émise par les organismes ayant procédé à l'intervention, *Vous* (ou vos ayants droit), devez faire parvenir directement à APRIL International Assistance à l'adresse suivante :

APRIL International 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.**

#### 7.2.2.3. Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil

Si *Vous* décédez, APRIL International 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 International 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 International Assistance sont pris en charge **à concurrence de 1 500 € maximum**. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif d'APRIL International Assistance.

#### 7.2.2.4. Avance de caution pénale à l'Étranger

À l'Étranger, APRIL International 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 International 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.

### 7.2.3. GARANTIES VALABLES UNIQUEMENT POUR LA FORMULE COMPLÈTE

#### 7.2.3.1. 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 International Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* **un titre de transport aller-retour** en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe pour se rendre sur place.

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

APRIL International Assistance organise son hébergement sur place et prend en charge ses 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.

#### 7.2.3.2. 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*, APRIL International 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.

#### 7.2.3.3. Retour anticipé si décès ou hospitalisation d'un *Membre de votre famille*

APRIL International Assistance met à votre disposition **un titre de transport aller-retour** en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe dans le cas du décès ou d'une hospitalisation supérieure à 5 jours d'un *Membre de votre famille* dans votre *Pays de nationalité*. Le voyage aller doit obligatoirement se faire dans les 8 jours suivant la date de décès ou de l'hospitalisation.

Cette prestation est acquise lorsque la date de décès ou de l'entrée à l'hôpital est postérieure à votre date de départ à l'*Étranger*. APRIL International 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.

#### 7.2.3.4. Accompagnement du défunt

Si la présence d'un *Membre de la famille* ou d'un *Proche* s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps de l'*Assuré* décédé et les formalités de rapatriement ou d'incinération, APRIL International Assistance met à disposition **un titre de transport aller-retour** en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe. Cette prestation ne peut être mise en œuvre que si l'*Assuré* était seul sur place au moment de son décès.

#### 7.2.3.5. Retour des *Membres de la famille assurés*

En cas de rapatriement sanitaire ou de rapatriement du corps de l'*Assuré*, APRIL International Assistance organise le retour au domicile des *Membres de la famille* assurés qui voyagent avec lui. APRIL International Assistance prend en charge **un titre de transport aller simple** en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

#### 7.2.3.6. Retour après *Consolidation* dans votre *Pays de destination*

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, *Vous* êtes en mesure de reprendre votre activité professionnelle, APRIL International Assistance, après accord de son *Équipe médicale*, organise votre retour dans votre *Pays de destination* afin de reprendre la mission interrompue. APRIL International Assistance prend en charge **le titre de transport aller simple** en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe. Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie « Envoi d'un collaborateur de remplacement ».

#### 7.2.3.7. Envoi d'un collaborateur de remplacement

Si l'*Assuré* décède ou si son rapatriement sanitaire nécessite une hospitalisation supérieure à 10 jours, APRIL International Assistance organise et prend en charge **un titre de transport aller simple** en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe afin d'envoyer un collaborateur de remplacement depuis le *Pays de nationalité* de l'*Assuré* vers le *Pays de destination*. Cette demande doit être faite par l'*Adhérent* au plus tard dans un délai de 8 jours après le décès ou suite à la décision médicale du service assistance d'effectuer le rapatriement. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Retour après *Consolidation* ».

#### 7.2.3.8. Retour anticipé en cas de *Sinistre* au domicile

Si *Vous* êtes en déplacement et si votre présence est indispensable sur les lieux pour accomplir les formalités nécessaires, APRIL International Assistance organise votre transport et celui des éventuels enfants mineurs ne pouvant bénéficier d'une garde sur place, jusqu'au *Domicile sinistré*. APRIL International Assistance prend en charge les titres de transport en avion classe économique, en train 1<sup>ère</sup> classe ou en véhicule de location de catégorie A ou B pour une durée maximum de 24 heures, sous réserve que les titres de transport normalement prévus pour le retour ne puissent pas être utilisés ou modifiés. Cette prestation est accordée dans un délai de 72 heures à compter de la date de survenance ou de la date de connaissance du *Sinistre* et si *Vous* vous trouviez à plus de 50 km de votre domicile.

#### 7.2.3.9. Frais d'avocat à l'étranger

APRIL International Assistance prend en charge les frais d'avocat sur place **à concurrence de 3 000 € maximum par événement**.

#### 7.2.3.10. Transmission de messages urgents

Si *Vous* êtes dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et si *Vous* en faites la demande, APRIL International 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 International 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 International Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

#### 7.2.3.11. 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 International Assistance met tout en œuvre pour vous aider dans vos démarches.

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

#### 7.2.3.12. Retard de bagages

On entend par bagages, vos sacs de voyage, vos valises ainsi que vos effets ou objets personnels qu'ils contiennent. Sont assimilés aux objets personnels, les objets de valeur dont le prix est supérieur ou égal à 500 € ainsi que les bijoux (les perles fines et de culture, les pierres précieuses et les pierres dures) et les fourrures vous appartenant. Sont assimilés aux bagages, les ordinateurs portables, les agendas électroniques, les matériels audio-visuels, les appareils photos, les appareils vidéo ou HIFI, vous appartenant.

Si vos bagages, enregistrés et placés sous la responsabilité de la compagnie aérienne, ne vous sont pas remis 24 heures après votre arrivée à destination de votre vol régulier, APRIL International Assistance vous indemnise **à concurrence de 200 €** des frais engagés pour vous procurer des achats d'urgence et de première nécessité.

#### 7.2.3.13. Retour impossible

En cas de survenance d'un événement qualifié de *Force majeure* par les autorités publiques de votre *Pays de destination* et qui vous empêcherait de retourner définitivement dans votre *Pays de nationalité*, APRIL International 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 International Assistance. Tous les frais engagés sans l'accord préalable d'APRIL International 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 d'adhésion*.

#### 7.2.4. LIMITATIONS DE GARANTIES

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

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

#### 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 et 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 d'entretien 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 VIE PRIVÉE ET STAGES :

##### 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. PLAFONDS 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 bénéficier 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<sup>er</sup> 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 du paragraphe 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 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* 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 l'*Assuré* est âgé de moins de 16 ans à la date du décès, le montant du capital est en tout état de cause limité au montant des frais d'obsèques. La garantie s'applique au décès de l'*Assuré* survenant un an au plus, après l'*Accident* ayant entraîné des blessures ou lésions mortelles.

**Toutefois, si l'*Assuré* décède après avoir reçu de l'organisme assureur pour le même Accident une Indemnité pour Invalidité permanente, les héritiers recevront le capital stipulé en cas de décès, diminué du montant de cette Indemnité.**

**Attribution des prestations**

Si l'*Assuré* décède, le capital est versé au(x) *Bénéficiaires* indiqués sur la Demande d'adhésion, 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 héritiers.

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

**Comment bénéficiaire de la garantie ?**

Le décès doit être déclaré **dans les 30 jours ouvrables** à compter de sa connaissance sauf cas fortuit ou de force majeure, en adressant à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

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

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

## 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.

### Comment bénéficier de la garantie ?

*Vous* devez déclarer l'*Accident* par écrit à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, **dans un délai de 30 jours** à compter de sa connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure. La déclaration doit comporter toutes précisions sur la gravité, les causes et les circonstances de l'*Accident* et *Vous* devez notamment :

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

## 7.7. 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 vous appartenant, que *Vous* avez loués ou que l'on vous a confiés pendant votre séjour.

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 toutes sortes, fusils de chasse, sont indemnisés dans la limite de 50% de la valeur garantie, soit 800 € maximum.**

**Pour tout *Sinistre*, une *Franchise* de 30 € restera à votre charge.**

### Comment bénéficier de la garantie ?

*Vous* devez déclarer le *Sinistre* par écrit à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, **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. Une liste de pièces justificative vous sera demandée.

## 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 frais de vaccination, les soins liés à la dermatologie, les bilans de santé et les suites de *Maladies* tropicales ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- 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* ;
- les soins et prothèses dentaires, les frais d'optique et les autres prothèses, sauf si les frais font suite à un *Accident* caractérisé ;
- la médecine de ville pour la formule Mini, sauf si les frais font suite à un *Accident* et qu'un certificat médical a été présenté ;
- 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 l'adhésion, 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 ;
- les soins nécessitant un *Accord préalable* dispensés sans *Accord préalable*.

## 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 International 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 de la participation à un pari, un défi, un duel ou un crime ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique des activités sportives ;
- les frais de séjour sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance ;
- les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

**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 exclusions médicales de la garantie assistance rapatriement peuvent faire l'objet de garanties de la couverture frais de santé prévue au contrat.

**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 l'accord préalable d'APRIL International Assistance ;
- 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 de 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 ET STAGES :

**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 au matériel utilisé 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, vos salariés ou préposés pendant vos/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, sont exclus de la présente garantie :**

- les suites et conséquences des *Maladies*, insolation 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 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* dans le pays de survenance) ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblement de terre, inondation, 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 l'adhésion ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que : l'ULM, le deltaplane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, 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 toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération, à titre professionnel ;
- 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 telles que les compétitions équestres, corridas ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si *Vous* avez la qualité de simple passager et *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 d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande d'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'*Adhérent* par courrier et acceptée par l'*Adhérent*.

## 9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Il a été conclu par l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité (Association loi 1901, située 110, avenue de la République, 75011 Paris, FRANCE, qui a pour objet d'étudier, de souscrire et de promouvoir tout type de contrat d'assurance au profit de ses adhérents, de créer un esprit de solidarité internationale entre eux, de mettre à leur disposition des moyens d'information et de gestion adéquats et d'assurer leur représentation auprès de toute société d'assurance) :

**pour la garantie frais de santé** : une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Groupama Gan Vie (convention n°219/851724), société anonyme au capital de 413 036 043 € (entièrement versé), RCS Paris 340 427 616 (code APE : 6511Z), située 8-10, rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE ;

**pour la garantie assistance rapatriement** : une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec ACE Europe (convention n°FRBBBA05125), les prestations d'assistance étant fournies par AXA Assistance (contrat n°7203170), 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 1112 892. 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 : 660 E).

**Les garanties Responsabilité civile vie privée et stages, Individuelle accident, assurance bagages et protection juridique recours** sont assurées par Gan Eurocourtage (contrat n°GCRV000004), société anonyme au capital de 8 055 564 € (entièrement versé), RCS Paris 410 332 738 (code APE : 6512Z), située 4-6, avenue d'Alsace, 92033 La Défense Cedex, FRANCE.

La gestion administrative de ces assurances est déléguée à APRIL International Expat, 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](http://www.orias.fr)), située 110, avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

APRIL International Expat met également à la disposition des personnes assurées, selon la formule sélectionnée, 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 garanties frais de santé, *Responsabilité civile* vie privée et stages, *Individuelle accident*, assurance bagages et protection juridique recours : l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE,
- pour la garantie assistance rapatriement : Financial Services Authority, située 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14EHS, ROYAUME-UNI.

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

L'adhésion au contrat Magellan est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes conditions générales et le *Certificat d'adhésion*. Elle est soumise à la législation française et notamment au 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 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<sup>ème</sup> arbitre. *Vous* déclarez vous soumettre à la juridiction des Tribunaux de Paris et renoncez à toute autre 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 notre usage ou celui de nos mandataires ou des organismes assureurs. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de notre siège (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée).



april international | expat

**APRIL INTERNATIONAL EXPAT** UNE SOCIÉTÉ APRIL

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](mailto:info@aprilmobilite.com) - [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr)

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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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