

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS



Expatrié Premier

Conditions Générales 2011

Réf : Ep 2011



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

SOMMAIRE

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT	P.3
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION	p.3
1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.3
1.3. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD	p.3
1.4. SERVICE DE TIERS PAYANT PHARMACEUTIQUE AUX ÉTATS-UNIS	p.4
1.5. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE.....	p.4
1.6. SERVICES EN LIGNE	p.4
1.7. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT OU VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE ?	p.5
2. DÉFINITIONS	P.5
2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES	p.5
2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	p.5
2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.6
2.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE.....	p.6
2.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	p.7
2.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE.....	p.7
3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	P.7
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?	p.7
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p.7
4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	P.8
5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	P.9
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?	p.9
5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT	p.9
5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT	p.9
5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT	p.9
5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?	p.10
6. COTISATIONS	P.11
6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?	p.11
6.2. LES MODES DE PAIEMENT.....	p.11
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?	p.11
7. AJUSTEMENT DES GARANTIES ET DES COTISATIONS	P.11
8. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	P.12
9. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	P.12
9.1. FRAIS DE SANTÉ	p.12
9.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.19
9.3. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE.....	p.22
9.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE	p.22
9.5. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE/DOUBLE EFFET	p.23
9.6. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MEDICALE	p.25
10. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	P.28
11. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.30
11.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p.30
11.2. CADRE LÉGAL	p.31
11.3. PRESCRIPTION	p.31
11.4. SUBROGATION	p.31
11.5. CONTRÔLE.....	p.31
11.6. CONCILIATION	p.31
11.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p.31

● Remarque :

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

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

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

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

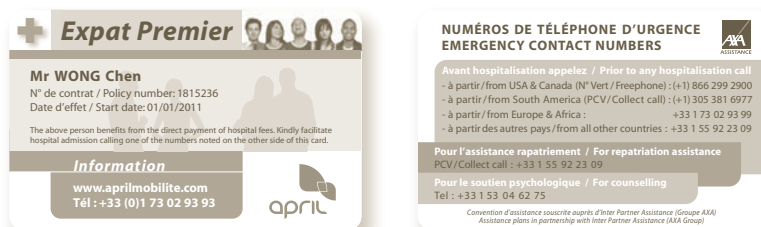
Ce service vous permet de ne pas avoir à régler vous-même vos frais d'*Hospitalisation*. En effet, sur simple demande, *Nous* contactons l'établissement dans lequel *Vous* êtes admis et nous chargeons ensuite de régler la facture d'*Hospitalisation* correspondant à votre séjour.

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 9.1.2.

Pour bénéficier du Règlement direct de vos frais d'Hospitalisation, 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 Mobilité Assistance pour bénéficier de vos garanties d'assistance (voir paragraphe 9.2).

Pour cela, veuillez contacter APRIL Mobilité 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 :

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,

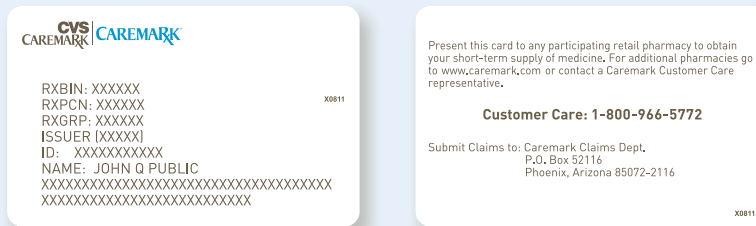
Au Canada : Toronto.

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. Selon les garanties sélectionnées, *Vous* serez susceptible d'avoir un reste à charge à régler.

1.4. SERVICE DE TIERS PAYANT PHARMACEUTIQUE AUX ÉTATS-UNIS :

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



En présentant votre carte de tiers payant pharmaceutique dans l'une des pharmacies du réseau Caremark aux États-Unis, *Vous* pourrez bénéficier de la prise en charge directe de vos dépenses couvertes par votre contrat. *Vous* n'aurez pas d'avance de frais à faire : *Nous* réglerons directement la pharmacie.

Si *Vous* avez choisi un niveau de remboursement à 90 % ou 80 % des *Frais réels*, *Vous* devrez régler directement votre reste à charge à la pharmacie.

La liste des pharmacies partenaires est disponible sur le site internet www.caremark.com.

1.5. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :

Pour bénéficier du service de soutien psychologique (voir paragraphe 9.3) :

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

1.6. SERVICES EN LIGNE :

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

Si *Vous* êtes *Assuré 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 9.1) :

- 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 l'état de vos appels de Cotisations et votre mode de règlement,
- régler en ligne par carte bancaire vos échéances.

1.7. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT OU VOTRE *DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE* ?

Pour envoyer une demande de remboursement :

Complétez le formulaire de demande de remboursement en **y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales** (voir paragraphe 9.1.4) et adressez ces éléments à :

APRIL Mobilité

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 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@aprilmobilité.com (voir paragraphe 9.1.3).

2. DÉFINITIONS

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

2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article L.1315 du Code Civil français, il vous appartient d'apporter la preuve de l'*Accident* et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- 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 douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.
- AUTORITÉ MÉDICALE** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où *Vous* vous trouvez.
- C CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document valant attestation d'assurance que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Expat Premier et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, les garanties et formules 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.
- 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*.
- D.R.O.M.** (Départements et Régions d'Outre Mer) : Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion.
- P PAYS D'EXPATRIATION** : le pays de résidence où *Vous* séjournerez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.
- 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 ».
- S SINISTRE** : événement, maladie ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

- A ASSURÉ, « VOUS »** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties frais de santé du présent contrat. C'est-à-dire *Vous* et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Ils sont alors inscrits au *Certificat d'adhésion*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.
- 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.
- D DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée au *Certificat d'adhésion*.

DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE : formulaire à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre accord préalable avant d'engager certains actes ou traitements.

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 dans le cadre de cette activité.

F 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.

H HOSPITALISATION : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures, consécutivement à un *Accident* ou une maladie.

HOSPITALISATION DE JOUR : hospitalisation de moins de 24 heures pour laquelle un lit vous est attribué, sans que *Vous* ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.

M MALADIES REDOUTÉES : Accidents Vasculaires Cérébraux, Cancers, Diabète de type 1, Hépatite C, Infection VIH, Infarctus du myocarde, Insuffisance rénale chronique terminale, Légionellose, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Charcot, Maladie de Creutzfeldt-Jakob, Myocardopathie, Myopathies, Polyarthrite évolutive chronique, Sclérose en plaques, SIDA.

N NOUS : APRIL Mobilité.

R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION : *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation* (*Hospitalisation* de plus de 24 heures ou *Hospitalisation de jour*), sans avance de frais, sous réserve de l'étude de votre *Attestation médicale confidentielle*. *Vous* pouvez déclencher ce service en utilisant les numéros d'urgence mentionnés au paragraphe 1.1 ou en présentant votre carte d'assuré à l'établissement hospitalier.

2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

A ASSURÉ, « VOUS » : personne physique expatriée, âgée de moins de 71 ans, bénéficiaire d'un contrat Expat Premier résidant hors de son *Pays de nationalité*.

Dans le cadre d'une adhésion famille, sont également assurés, pour autant qu'ils résident dans votre *Pays d'expatriation* :

- votre *Conjoint*,
- vos enfants célibataires et fiscalement à charge jusqu'à 31 ans.

Les enfants de moins de 31 ans, poursuivant des études et ne vivant pas sous le même toit, sont également couverts.

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

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

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

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

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

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

2.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

A ASSURÉ : voir définition au point 2.2 ci-dessus.

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

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

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

E ENFANT À CHARGE : voir définition au point 2.2 ci-dessus.

- F FAUTE INEXCUSABLE** : faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, dont l'auteur devait avoir conscience du danger, commise en l'absence de toute cause justificative, ne revêtant pas d'élément intentionnel. Une faute intentionnelle résulte de la volonté délibérée de nuire à autrui.
FRANCHISE : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.
- R 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.

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

- A ASSURÉ, « VOUS »** : *Assuré principal* et/ou son *Conjoint*.
- B BÉNÉFICIAIRE** : personne(s) choisie(s) par l'*Assuré* pour recevoir les prestations d'assurance.
En cas de décès de l'*Assuré*, le capital est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* indiqué(s) sur la Demande d'adhésion ou désigné(s) ultérieurement par l'*Assuré*. L'*Assuré* peut 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(s)* peut en outre être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.
Lorsque le *Bénéficiaire* est nommément désigné, l'*Assuré* peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier.
Les conséquences de l'acceptation du *Bénéficiaire* sont les suivantes :
L'*Assuré* doit donner son accord préalable à toute acceptation du bénéfice du contrat par la personne désignée. L'acceptation peut prendre la forme, soit d'un avenant signé de l'organisme assureur, de l'*Assuré* et du *Bénéficiaire*, soit d'un acte authentique ou sous-seing privé signé de l'*Assuré* et du *Bénéficiaire* et notifié à l'organisme assureur.
L'acceptation du *Bénéficiaire* rend sa désignation irrévocable et aucune modification du contrat ne pourra être effectuée sans son accord.
À défaut de désignation de *Bénéficiaire(s)* ou si la désignation faite s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées au *Conjoint* survivant non séparé de corps judiciairement de l'*Assuré* au moment de l'exigibilité du capital garanti, à défaut à ses enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut à ses héritiers.
Pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, le *Bénéficiaire* est l'*Assuré*.
- E ENFANT À CHARGE** : voir définition au point 2.2 ci-dessus.

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

- A ASSURÉ, « VOUS »** : *Assuré principal* et/ou son *Conjoint*.
- F FRANCHISE** : période d'arrêt de travail n'ouvrant pas droit aux indemnités versées par l'organisme assureur.

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 des offres et garanties sélectionnées, les prestations suivantes :

- remboursement de frais de santé,
- soutien psychologique associé à la garantie frais de santé,
- garanties d'assistance rapatriement,
- *Responsabilité civile* vie privée,
- capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie,
- indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

Ces garanties peuvent être sélectionnées indépendamment, sauf la garantie *Responsabilité civile* vie privée qui doit être choisie en complément d'une autre garantie et la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale qui implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Les garanties sont acquises dans les zones tarifaires choisies et indiquées sur votre *Certificat d'adhésion*.

Pour la garantie frais de santé :

En zone tarifaire A : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier (y compris dans votre *Pays de nationalité*).

En zone tarifaire B : les garanties sont acquises à l'année dans les pays des zones B et C (y compris dans votre *Pays de nationalité* s'il se situe en zone B ou C). Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zone A (y compris dans votre *Pays de nationalité* si celui-ci se trouve dans cette zone).

En zone tarifaire C : les garanties sont acquises à l'année dans les pays de la zone C (y compris dans votre *Pays de nationalité* s'il se situe en zone C). Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zones A et B (y compris dans votre *Pays de nationalité* si celui-ci se trouve dans l'une des ces zones).

Pour la garantie assistance rapatriement :

En zone Europe et Pays Méditerranéens : les garanties sont acquises à l'année dans cette zone (y compris dans votre *Pays de nationalité* s'il se situe dans cette zone). Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs dans le reste du monde (y compris dans votre *Pays de nationalité*).

En zone Monde entier : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier (y compris dans votre *Pays de nationalité*).

En cas de rapatriement décidé par APRIL Mobilité Assistance hors de la zone tarifaire choisie, la garantie frais de santé reste acquise si elle a été sélectionnée.

Pour la garantie Responsabilité civile vie privée :

Zone Monde entier hors USA/CANADA : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier hors USA/CANADA et hors de votre *Pays de nationalité*. Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs aux USA, au Canada ainsi que dans votre *Pays de nationalité*.

Zone Monde entier : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier hors de votre *Pays de nationalité*. Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs dans votre *Pays de nationalité*.

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

Les garanties sont acquises dans votre *Pays d'expatriation* et lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors de votre *Pays d'expatriation*.

Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie, l'*Adhérent* doit nous faire part du changement de zone géographique afin d'ajuster sa *Cotisation*.

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.aprilmobilite.com 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, au moment de la *Date d'effet* du contrat, de :
 - moins de 71 ans pour les garanties frais de santé et assistance rapatriement,
 - moins de 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie, *Responsabilité civile* vie privée et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale,
- résider hors de votre *Pays de nationalité* et hors de France (*D.R.O.M.* compris) pendant la durée du contrat,
- pour la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale exercer une activité professionnelle, sans aménagement du temps ou des conditions de travail pour raison de santé,
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le profil de santé au maximum six mois avant la *Date d'effet* du contrat.

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

Pour la garantie assistance rapatriement :

- votre *Conjoint*,
- vos enfants célibataires et fiscalement à charge jusqu'à 31 ans. Les enfants de moins de 31 ans, poursuivant des études et ne vivant pas sous le même toit, sont également couverts.

Pour les garanties frais de santé et *Responsabilité civile* vie privée :

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

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

- votre *Conjoint*.

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* pourrions être amenés soit à vous accepter mais à des conditions particulières, soit à vous refuser.

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

5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

À la date indiquée sur le *Certificat d'adhésion* et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant 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 première *Cotisation* et sous réserve de notre acceptation concrétisée par l'émission du *Certificat d'adhésion* précisant les garanties souscrites.

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

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

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

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

Les *Délais d'attente* peuvent être abrogés (sauf pour les frais d'adoption) si *Vous* justifiez avoir bénéficié de garanties « frais de santé » au moins équivalentes à celles du contrat Expat Premier au cours du mois précédant la date de prise d'effet du présent contrat.

Cette abrogation des *Délais d'attente* est soumise à notre accord suite à l'étude des garanties dont *Vous* bénéficiez précédemment.

5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle est renouvelée par tacite reconduction au premier janvier de chaque année, pour une durée d'un an, tant que les conventions restent en vigueur.

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

5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée au plus tard le 31/10). L'*Adhérent* a la faculté de résilier séparément les garanties qui composent son contrat (la garantie *Responsabilité civile* vie privée ne peut être sélectionnée seule et la sélection de la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie) ;

b) en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 6.3) ;

c) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des *Assurés* d'APRIL Mobilité à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;

d) pour *Vous* et chaque membre de votre famille, dès que vous cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4) ;

e) lorsque *Vous* n'êtes plus expatrié, sur présentation d'un document officiel en attestant ;

f) dès que *Vous* atteignez l'âge de :

- 71 ans pour la garantie assistance rapatriement,
- 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie, *Responsabilité civile* vie privée, indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et exonération du paiement des *Cotisations*.

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

Sanctions en cas de fausse déclaration

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

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

5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

6. COTISATIONS

6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

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

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

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

En cas d'adhésion familiale pour la garantie frais de santé, 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^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint, de la profession, du pays de résidence, des garanties et formules sélectionnées et de l'adhésion individuelle ou familiale. L'état de santé de l'*Assuré* ainsi que ses dépenses médicales ne sont pas prises en compte dans le calcul de sa *Cotisation*.

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

6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

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

- carte bancaire ;
- chèque en euro ;
- virement bancaire ;
- prélèvement automatique sur un compte en France.

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 l'année entière, conformément au Code des assurances français.

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

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

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

7. AJUSTEMENT DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

Les garanties et les *Cotisations* de la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale sont ajustées le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la variation du plafond de la Sécurité sociale française en vigueur au 1^{er} janvier de l'année précédente tant que le contrat est en cours.

Pour la détermination des prestations dues, les sommes assurées sont celles en vigueur au jour de l'arrêt de travail.

8. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

L'Adhérent peut modifier à tout moment le montant des garanties qu'il a choisi initialement (la prise d'effet se fait au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la réception de sa demande de modification). Notre service Suivi Client est à la disposition de l'Adhérent (Tél : +33 (0)1 73 02 93 93, E-mail : suivi.client@aprilmobilite.com).

En cas d'augmentation des garanties, Vous serez soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat.

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

Nouveau-né : la déclaration de naissance doit nous être adressée dans le mois qui suit la naissance. À défaut un profil de santé sera demandé et l'adhésion du nouveau-né ne prendra effet qu'au 1^{er} du mois suivant l'acceptation médicale.

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

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

9.1. FRAIS DE SANTÉ :

Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule de garantie choisie portée sur votre *Certificat d'adhésion*, conformément au tableau des garanties ci-après.

9.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

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

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

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

Trois offres « frais de santé » sont proposées selon votre niveau d'exigence : Essentielle, Medium et Extensio.

Chaque offre comporte au choix les garanties suivantes :

- Hospitalisation seule,
- Hospitalisation + Médecine courante,
- Hospitalisation + Médecine courante + Optique-dentaire.

L'offre, les garanties et le niveau de remboursement sélectionnés par l'Adhérent sont portés sur le *Certificat d'adhésion*.

Sont considérées pour l'application du contrat comme *Maladies redoutées* uniquement : Accidents Vasculaires Cérébraux, Cancers, Diabète de type 1, Hépatite C, Infection VIH, Infarctus du myocarde, Insuffisance rénale chronique terminale, Légionellose, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Charcot, Maladie de Creutzfeldt-Jakob, Mycardiopathie, Myopathies, Polyarthrite évolutive chronique, Sclérose en plaques, SIDA.

Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné, par *Assuré* et par *Année d'assurance*, au montant indiqué au tableau des garanties pour chacune des offres.

9.1.2. COMMENT OBTENIR LE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION ?

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

9.1.3. 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. Le formulaire « *Demande d'entente préalable* » est disponible dans votre espace assuré accessible à partir du site www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93.

Sont soumis à accord préalable :

- les actes en série (kinésithérapie, chiropraxie, acupuncture...) au-delà de 20 séances par *Année d'assurance*,
- les prothèses et implants dentaires dont le coût est supérieur à 1 200 €,
- les appareillages et prothèses dont le coût est supérieur à 400 €,
- les cures thermales.

Pour l'orthodontie, le traitement doit débiter avant les 16 ans de l'*Assuré*. La durée du traitement est limitée à 2 ou 3 ans selon l'offre choisie.

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

APRIL Mobilité

Service Remboursements
110, avenue de la République
CS 51108
75127 Paris Cedex 11, FRANCE
Email : prestation@aprilmobilite.com

IMPORTANT

Dans la formule Hospitalisation seule, sont également couverts les soins de médecine courante (y compris, soins dentaires et prothèses – hors prothèses et implants dentaires) **en cas d'Accident** et sur présentation d'un certificat médical, **jusqu'à 75 €/acte et 1 000 €/an/personne**.

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

TABLEAU DES GARANTIES

OFFRE	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré	200 000 € Montant porté à 400 000 € en cas d'Accident ou de Maladies redoutées	300 000 € Montant porté à 600 000 € en cas d'Accident ou de Maladies redoutées	500 000 € Montant porté à 1 000 000 € en cas d'Accident ou de Maladies redoutées

HOSPITALISATION

(hors soins ambulatoires pour lesquels voir poste Médecine)

	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
Hospitalisation chirurgicale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation médicale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation de jour	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Consultation externe liée à une Hospitalisation/ chirurgie ambulatoire (30 jours avant et après Hospitalisation et sur présentation d'un certificat d'hospitalisation)	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Hospitalisation à domicile	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Règlement direct des frais d'hospitalisation	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Transport en ambulance si Hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Forfait journalier (en France uniquement)	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Chambre particulière (y compris frais de téléphonie et de télévision)	100% des Frais réels, jusqu'à 50 €/jour	100% des Frais réels, jusqu'à 100 €/jour	100% des Frais réels, jusqu'à 200 €/jour
Lit d'accompagnement pour enfant	100% des Frais réels, jusqu'à 30 €/jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des Frais réels, jusqu'à 45 €/jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des Frais réels, jusqu'à 60 €/jour (enfant de moins de 16 ans)
Séjour en établissement psychiatrique	non pris en charge	100% des Frais réels, jusqu'à 30 jours/an	100% des Frais réels, jusqu'à 30 jours/an
Rééducation en lien direct et suite à une Hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	100% des Frais réels, jusqu'à 30 jours	100% des Frais réels, jusqu'à 30 jours	100% des Frais réels, jusqu'à 30 jours
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un Accident	non pris en charge	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Traitement du cancer (chimiothérapie et radiothérapie)	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Traitement du SIDA	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Greffe d'organe	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels

MÉDECINE COURANTE

	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
Médecine (hors dentaire et procréation médicalement assistée pour lesquels voir postes spécifiques)			
Consultations et visites			
Médecins généralistes	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 50 €/acte au-delà de 5 visites/an)	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 80 €/acte au-delà de 5 visites/an)	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 130 €/acte au-delà de 5 visites/an)
Médecins spécialistes	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 80 €/acte au-delà de 5 visites/an)	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 110 €/acte au-delà de 5 visites/an)	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 180 €/acte au-delà de 5 visites/an)
Psychiatres	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 5 visites/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 5 visites/an
Auxiliaires médicaux*			
Soins infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues*	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Kinésithérapie, ergothérapie, logopédie, psychomotricité*	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/an, avec un maximum de 150 €/séance	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 500 €/an, avec un maximum de 200 €/séance
Médecines douces			
Consultations d'ostéopathes, homéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, phytothérapeutes et diététiciens	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/an, avec un maximum de 150 €/séance	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 500 €/an, avec un maximum de 200 €/séance
Pharmacie sur prescription médicale			
Médicaments et traitements (y compris homéopathie et phytothérapie)	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale française	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Autres vaccins prescrits	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 50 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 100 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 €/an
Analyses, radiographies et autres actes techniques médicaux (hors établissement hospitalier)			
	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier (y compris analyses et radiographies)			
	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/jour	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 700 €/jour	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/jour
Traitement du cancer et du SIDA			
	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>

MÉDECINE COURANTE

(hors dentaire et procréation médicalement assistée pour lesquels voir postes spécifiques)

	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
Prévention			
Dépistage du cancer : du sein, du col de l'utérus, de la cavité buccale, de la peau, de la prostate et du cancer colorectal	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Autres dépistages (hépatite B, troubles de l'audition, dépistage néo-natal, test du VIH...)	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Traitement anti-paludéen	non pris en charge	Forfait de 500 €/an	Forfait de 1 000 €/an
Bilan de santé (un bilan tous les deux ans)	non pris en charge		
Aide à l'arrêt du tabac	non pris en charge		
Ostéodensitométrie	non pris en charge		

Garanties spéciales pour les femmes

Maternité

Accouchement	Pris en charge dans le cadre des postes hospitalisation, médecine et pharmacie		
Soins pré et post natals			
Séances de préparation à l'accouchement (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 25 €/séance	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 40 €/séance	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 60 €/séance
Test du dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Diagnostic des anomalies chromosomiques	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>

Procréation médicalement assistée : Délai d'attente 12 mois**

Pharmacie	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 500 €/an
Fécondation in vitro			
Analyses			
Examens de suivi			

MÉDECINE COURANTE

(hors dentaire et procréation médicalement assistée pour lesquels voir postes spécifiques)

	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
Adoption : Délai d'attente de 12 mois			
Frais de transport, de procédures	non pris en charge	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 4 000 € en zone A et 2 500 € en zones B et C
Cure thermale et thalassothérapie* : Délai d'attente de 12 mois**			
À valoir dans les 3 mois suivant une <i>Hospitalisation</i> de plus de 10 jours ou un accouchement pris en charge par APRIL Mobilité	non pris en charge	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/an
Appareillages et prothèses* (hors optique et dentaire pour lesquels voir postes spécifiques)			
Sans <i>Hospitalisation</i>	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 €/prothèse	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 €/prothèse	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 600 €/prothèse
Avec <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL Mobilité	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 000 €/Hospitalisation	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 3 000 €/Hospitalisation	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 4 000 €/Hospitalisation

OPTIQUE-DENTAIRE

	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
Dentaire : Délai d'attente de 3 mois** pour les soins dentaires, la parodontologie et l'endodontie et de 6 mois** pour les prothèses, les implants et l'orthodontie			
Soins dentaires	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 €/dent, jusqu'à 500 €/an et jusqu'à 1 500 €/an à partir de la 2 ^{ème} année	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/dent, jusqu'à 800 €/an et jusqu'à 2 000 €/an à partir de la 2 ^{ème} année	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 650 €/dent, jusqu'à 2 000 €/an et jusqu'à 2 500 €/an à partir de la 2 ^{ème} année
Prothèses et implants*			
Parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales) et endodontie	non pris en charge		
Orthodontie* jusqu'à 16 ans	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 800 €/an, pendant 2 ans maximum	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 1 200 €/an, pendant 3 ans maximum
Optique : Délai d'attente de 6 mois**			
Montures et verres	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 350 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 650 €/an
Traitement de la myopie au laser	non pris en charge	non pris en charge	
Lentilles cornéennes y compris jetables	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 100 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 200 €/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 €/an

* Actes soumis à accord préalable (se reporter au paragraphe 9.1.3).

** Délais d'attente abrogés si Vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois, sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du certificat de radiation correspondant (se reporter au paragraphe 5.2).

9.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?



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.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par email à info@aprilmobilite.com et nous le retourner dans les 6 mois qui suivent la date des soins, accompagné des pièces suivantes :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais et ordonnances acquittées, datées et mentionnant vos noms, prénoms et date de naissance, le genre de maladie, la nature, la date des visites et soins donnés 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 remboursement déjà effectués par d'autres organismes avec votre numéro de contrat ;
- si les soins nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire d'entente préalable accepté par nos services médicaux.

Pour obtenir le remboursement de vos frais d'Hospitalisation, Vous devez :

(si Vous n'avez pas utilisé le service de *Règlement direct des frais d'Hospitalisation* présenté au paragraphe 9.1.2)

- 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, dans ce cas, un rapport d'*Accident* à l'appui,
- nous le retourner accompagné du compte rendu hospitalier à l'attention de notre Médecin Conseil :
 - par fax : + 33 (0)1 73 02 93 60,
 - par email : hospitalisation@aprilmobilite.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.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0) 1 73 02 93 93 ou par email à info@aprilmobilite.com.

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

APRIL Mobilité

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

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

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 vous adressant à l'organisme de votre choix.

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

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

9.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Comment bénéficier de l'assistance rapatriement ?

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

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

APRIL Mobilité Assistance n'intervient 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.

9.2.1. 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 Mobilité Assistance a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès et vous a communiqué un numéro de dossier.

Dans ce cas, les frais sont remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par APRIL Mobilité Assistance si celle-ci avait elle-même organisé le service.

APRIL Mobilité 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.

9.2.2. RAPATRIEMENT SANITAIRE

En cas d'*Accident* ou de *Maladie*, les médecins d'APRIL Mobilité Assistance contactent les médecins traitants sur place et prennent les décisions les mieux adaptées à votre état en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'*Équipe médicale* d'APRIL Mobilité Assistance recommande votre rapatriement, APRIL Mobilité Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son *Équipe médicale*.

La destination du rapatriement est :

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

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

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

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

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

9.2.4. AVANCE DE FRAIS MÉDICAUX EN CAS D'HOSPITALISATION DANS VOTRE PAYS D'EXPATRIATION

Si *Vous* êtes hospitalisé dans votre *Pays d'expatriation* et si *Vous* ne bénéficiez pas des garanties frais de santé délivrées par APRIL Mobilité dans votre *Pays d'expatriation*, suite à une atteinte corporelle grave, APRIL Mobilité Assistance procède à l'avance des frais médicaux et chirurgicaux prescrits par toute *Autorité médicale* **à concurrence de 15 000 €**.

APRIL Mobilité Assistance vous demandera (ou à l'un de vos ayants droit) un chèque de caution ou une reconnaissance de dette égale au montant de l'avance. Le remboursement des sommes avancées est effectué par débit de votre carte bancaire, à défaut *Vous* vous engagez à en effectuer le remboursement dans un délai maximum de 30 jours calculé à partir de la date d'expédition de la demande de remboursement émise par APRIL Mobilité Assistance. Des poursuites seront engagées si le remboursement des frais médicaux n'est pas effectué dans le délai prévu.

9.2.5. FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

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

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

9.2.6. RAPATRIEMENT DU CORPS OU DES CENDRES JUSQU'AU DOMICILE

Si *Vous* décédez, APRIL Mobilité Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent).

APRIL Mobilité Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. Les frais de cercueil liés au transport organisé par le service assistance sont pris en charge **à concurrence de 1500 € maximum**.

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

9.2.7. RETOUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE ASSURÉS

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

APRIL Mobilité Assistance prend en charge un titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

9.2.8. RETOUR APRÈS CONSOLIDATION DANS VOTRE PAYS D'EXPATRIATION

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

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

9.2.9. PRÉSENCE D'UN PROCHE AUPRÈS DU DÉFUNT

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

Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si l'*Assuré* était seul sur place au moment de son décès. APRIL Mobilité Assistance organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) pour **une durée de**

4 nuits consécutives maximum à concurrence de 50 € par nuit.

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

9.2.10. RECHERCHE ET ENVOI DE MÉDICAMENTS INTROUVABLES SUR PLACE

En cas d'impossibilité de trouver sur place les médicaments indispensables, ou leurs équivalents, prescrits avant le départ par votre médecin traitant dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent), APRIL Mobilité Assistance en fait la recherche en France.

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

Cette prestation est acquise pour les demandes ponctuelles. En aucun cas, elle ne peut être accordée dans le cadre de traitements de longue durée qui nécessiteraient des envois réguliers ou d'une demande de vaccin. Le coût des médicaments est 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.

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

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

APRIL Mobilité Assistance prend en charge les frais d'avocat sur place **à concurrence de 1 500 € maximum par événement.**

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

APRIL Mobilité Assistance procède à l'avance de la caution pénale exigée par les autorités pour votre libération ou pour vous permettre d'éviter votre incarcération.

Cette avance est effectuée par l'intermédiaire d'un homme de loi sur place **à hauteur de 15 000 € maximum par événement.**

Vous êtes tenu de rembourser cette avance à APRIL Mobilité Assistance :

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

9.2.13. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

Si *Vous* êtes dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et si *Vous* en faites la demande, APRIL Mobilité Assistance se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, vos messages ou nouvelles vers les membres de votre famille, vos proches ou votre employeur.

Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, APRIL Mobilité Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission. Le service assistance peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

9.2.14. ASSISTANCE VOYAGE

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

APRIL Mobilité Assistance n'est pas habilitée à procéder aux oppositions concernant les moyens de paiement pour le compte de tiers. Dans le cas où des documents de remplacement seraient mis à disposition dans votre *Pays de nationalité*, APRIL Mobilité Assistance se charge de les acheminer par les moyens les plus rapides.

APRIL Mobilité Assistance peut procéder à une avance **à concurrence de 1500 € par événement** afin de vous permettre d'effectuer vos achats de première nécessité.

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

Ces avances peuvent être effectuées en contrepartie d'une garantie déposée soit par *Vous*, 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.

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

APRIL Mobilité Assistance met à votre disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe dans le cas du décès 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 du décès ou de l'hospitalisation.

Cette prestation est acquise lorsque la date du décès ou de l'hospitalisation est postérieure à votre date de départ.

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

9.2.16. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

Si *Vous* êtes rapatrié et que *Vous* vous trouvez dans l'impossibilité de vous occuper de vos enfants de moins de 18 ans également bénéficiaires du contrat, APRIL Mobilité Assistance met à la disposition de la personne de votre choix un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe afin de ramener vos enfants dans votre *Pays de nationalité*.

9.2.17. LIMITATIONS DE GARANTIE

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

9.3. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :

Cette garantie vous offre à *Vous* et aux membres de votre famille assurés 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. En ayant recours à ce service, *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 psychothérapeutique effectué en face à face. En aucun cas, PSYA ne s'autorise à débiter une psychothérapie par téléphone.

9.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

9.4.1. OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie couvre les conséquences financières des dommages dont *Vous* et les membres de votre famille assurés seraient reconnus responsables au cours de la vie privée y compris sur le trajet « domicile-lieu de travail » et retour, en dehors de toute activité professionnelle.

La garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un **dommage causé à autrui** pendant la durée du voyage et du séjour en dehors du *Pays de nationalité* vous incombe ainsi qu'à toute personne pour laquelle *Vous* devez répondre.

9.4.2. PLAFONDS DE LA GARANTIE

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

- *Faute inexcusable* : **jusqu'à 300 000 € par victime et jusqu'à 1 500 000 € par Année d'assurance.**
- *Dommages matériels et immatériels consécutifs* : **jusqu'à 750 000 € par Sinistre et par Année d'assurance. Franchise de 150 € par Sinistre.**
- *Dommages* : **jusqu'à 150 000 € par Sinistre et par Année d'assurance. Franchise de 150 € par Sinistre.** (Dommages y compris incendie, explosion et dégât des eaux, aux bâtiments que *Vous* avez pris en location ou empruntés pour l'organisation de cérémonies familiales).

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.

9.4.3. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Désaccord

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

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

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

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

Choix de l'avocat

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

Procédure - Transactions

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

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

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

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

9.5. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE / DOUBLE EFFET :

9.5.1. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

a) Choix et montant du capital

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

Le choix du montant du capital garanti varie entre 20 000 € et 400 000 €. Le montant de ce capital est fixé librement par l'*Adhérent*.

Ultérieurement, l'*Adhérent* a la possibilité d'opter pour un montant différent ; en cas de choix de capital supérieur, des formalités médicales seront demandées.

b) Garantie décès toute cause

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

c) Garantie décès par Accident

Si *Vous* décédez consécutivement à un *Accident* (y compris les accidents du travail ou les maladies d'origines professionnelles), l'organisme assureur verse un capital supplémentaire égal à 100% du capital choisi et versé au titre de l'alinéa *b)* ci-dessus.

La garantie s'applique à condition que le décès survienne, au plus tard, six mois après l'*Accident* ou la reconnaissance de la maladie d'origine professionnelle.

Par maladie d'origine professionnelle, on entend les maladies énumérées par les tableaux publiés en application de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale française.

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

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

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

L'organisme assureur se réserve le droit de demander des pièces complémentaires.

Le règlement du capital est effectué au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) dans les quinze jours suivant la date de réception des pièces justificatives et étude du dossier par l'organisme assureur.

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 *Bénéficiaires*.

9.5.2. GARANTIE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE**a) Définition de la garantie**

Perte totale et irréversible d'autonomie : votre inaptitude totale et irrémédiable médicalement constatée à tout travail ou occupation pouvant vous procurer gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire.

La perte totale et irréversible d'autonomie, due à une maladie ou un *Accident* garanti(e) au titre du présent contrat et constatée avant votre 65^{ème} anniversaire, est assimilée au décès. Le capital assuré en cas de décès, déterminé par référence à la date de constatation médicale de la perte totale et irréversible d'autonomie, vous est versé par anticipation.

Pour ouvrir droit à la garantie, votre perte totale et irréversible d'autonomie doit être consolidée avant votre mise à la retraite et au plus tard avant votre 65^{ème} anniversaire, même si l'*Accident* ou la maladie qui en est la cause est antérieur.

Le versement du capital décès par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'ensemble de vos garanties décès (à l'exception de la garantie Double effet) et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

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

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

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

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

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

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'organisme assureur portant sur la perte totale et irréversible d'autonomie, *Vous* et l'organisme assureur choisirez ensemble un troisième médecin pour vous départager.

***Vous* déclarez vous soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncez à toute procédure dans tout autre pays.**

Mode de règlement du capital

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

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

a) Définition de la garantie

Si votre *Conjoint* décède avant l'âge de 65 ans, que cet événement se produit simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent votre décès) ou postérieurement à votre décès (dans les 6 mois suivant votre décès), un capital est versé au profit du ou des *Enfants à charge* à la date de votre décès et qui demeurent encore à la charge de votre *Conjoint* au sens du contrat à la date du décès de ce dernier.

Le montant de ce capital est fixé à 50% du capital défini à l'alinéa b) du paragraphe 9.5.1 et versé lors du décès de votre *Conjoint*.

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

Les pièces justificatives nécessaires au paiement comprennent notamment :

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

Le règlement des sommes dues est effectué dans les conditions prévues au paragraphe 9.5.1.

Attribution du bénéfice du capital : le capital garanti revient au(x) *Enfant(s) à charge* à la date de votre décès et qui demeurent encore à charge de votre *Conjoint* au sens du contrat à la date du décès de ce dernier.

9.5.4. EXONÉRATION DU PAIEMENT DE LA *COTISATION* - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

a) Exonération du paiement des *Cotisations*

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

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

Vous êtes considéré en arrêt total et continu de travail si *Vous* vous trouvez en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité totale permanente tel que défini au paragraphe 9.6.1.2, reconnu par l'organisme assureur.

b) Maintien des garanties

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

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

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

En cas de résiliation du contrat, les garanties sont maintenues au montant atteint à la date de résiliation.

9.6. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :

9.6.1. GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL

La sélection de cette garantie implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie prévue au paragraphe 9.5.1. et l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée.

9.6.1.1. OBJET DE LA GARANTIE

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

9.6.1.2. DÉFINITIONS

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

Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un *Accident* entraînant l'impossibilité physique totale ou partielle, constatée médicalement et reconnue par l'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*.

9.6.1.3. MONTANT DES PRESTATIONS

a) Incapacité temporaire

Lorsque l'organisme assureur vous reconnaît en état d'incapacité temporaire totale de travail, il vous verse une indemnité journalière à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale et continue pour maladie ou *Accident* de 30 jours ou 60 jours selon l'option choisie. Le montant des indemnités journalières est choisi par l'*Adhérent* entre un minimum et un maximum, en corrélation avec le montant minimum obligatoire du capital décès sélectionné. Ce montant est indiqué sur le *Certificat d'adhésion* la 1^{ère} année et ensuite sur le dernier appel de *Cotisation*.

Le total mensuel des indemnités journalières que *Vous* percevez ne peut être supérieur à 70% de votre salaire brut mensuel.

b) Invalidité permanente

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

- que *Vous* soyez atteint d'une invalidité physique ou mentale ;
- et
- que *Vous* soyez atteint d'une invalidité professionnelle.

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

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

À partir du taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle, le taux d'invalidité est déterminé d'après le barème d'invalidité ci-après.

Le montant de la rente sélectionnée par l'*Adhérent* est indiqué au *Certificat d'adhésion*, soit 360 fois le montant de l'indemnité journalière sélectionnée.

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

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

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

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

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

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'organisme assureur portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, *Vous* et l'organisme assureur choisirez ensemble un troisième médecin pour vous départager.

***Vous* déclarez vous soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncez à toute procédure dans tout autre pays.**

BARÈME D'INVALIDITÉ

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

b) Paiement des prestations

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

Son versement cesse au plus tard le jour où *Vous* atteignez votre 65^{ème} anniversaire.

Invalidité permanente : le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité. La rente vous est versée, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel *Vous* atteignez l'âge de 65 ans.

c) Reprise de travail inférieure à deux mois

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

d) Revalorisation des prestations

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

Elles sont revalorisées en fonction de la variation du plafond de la Sécurité sociale française en vigueur au 1^{er} janvier de l'année précédente et en fonction des possibilités du fonds de revalorisation. Cette revalorisation sera maintenue au niveau atteint en cas de résiliation du contrat.

9.6.1.5. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

- un certificat médical précisant la date d'arrêt de travail et la durée probable de l'incapacité et de la nature de la maladie ou de l'*Accident* ;
- un justificatif de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée ;
- pour les *Assurés* salariés : une déclaration de *Sinistre* de votre employeur et une attestation de salaire brut sur les 12 derniers mois incluant les primes et bonus perçus, les coordonnées de votre employeur ;
- pour les *Assurés* non salariés : la copie de la déclaration d'imposition sur le revenu de l'année précédente.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration.

Dès que votre arrêt de travail prend fin, *Vous* devez adresser à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, un certificat de reprise de votre activité.

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

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

10. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

10.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 10.6 ci-après, sont exclus de la garantie frais de santé :

- 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 non motivées médicalement ;
- les traitements de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses (hors séjour en établissement psychiatrique jusqu'à 30 jours et hors consultations de psychiatres conformément au tableau des garanties) ;
- les frais annexes en cas d'*Hospitalisation* hors frais de téléphonie et de télévision conformément au tableau des garanties, 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 frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'*Assuré* ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les soins nécessitant une entente préalable, dispensés sans entente préalable.

10.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 10.6 ci-après, ne sont pas garantis au titre de la garantie assistance rapatriement les frais résultant des faits ou événements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit, et ne pourront donner lieu à l'intervention d'APRIL Mobilité Assistance) :

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

Ne sont pas pris en charge :

- les frais médicaux ;
- les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- les frais de contraception et de traitement de la stérilité ;
- les frais de lunettes, de verres de contact ;

- les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'Assuré.

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

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

10.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

Outre les Exclusions prévues au paragraphe 10.6 ci-après, sont exclus de la garantie :

- les dommages résultant de l'exercice d'une activité professionnelle quelconque ou de fonctions accomplies dans le cadre de mandats électifs ;
- la conduite de tout engin à moteur ou à animaux ;
- les conséquences de tous les *Sinistres* matériels ou corporels subis par l'Assuré ;
- les *Dommages matériels* causés par un incendie, une explosion, ou des dégâts des eaux ayant pris naissance ou étant survenus dans des bâtiments ou locaux dont l'Assuré est propriétaire, locataire ou dont il a la jouissance privative à un titre quelconque ;
- les dommages de pollution ;
- les troubles anormaux de voisinage (nuisances) ;
- les conséquences de la pratique de la chasse.

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

Se reporter au paragraphe 10.6.

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

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

Les *Exclusions* prévues au paragraphe 10.6 ci-après s'appliquent également à la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

10.6. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

Outre les Exclusions prévues pour chacune des garanties, sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- des faits intentionnels de l'Adhérent ou de l'Assuré, et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'Assuré ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense) ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie, de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre* dans le pays de survenance) ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des maladies, 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 sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que : l'ULM, le delta plane, 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, le kitesurf, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'*Assuré* a qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
- de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou 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*.

11. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Axéria Prévoyance (conventions n°A3MEXPFD2010 et A3MEXPPR EV2010), société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 83-85, boulevard Vivier Merle, 69003 Lyon, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129 ;

pour la garantie assistance rapatriement :

une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec ACE Europe (convention n°FRBBBA01853), les prestations d'assistance étant fournies par AXA Assistance (contrat n°7203168), entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100 Leadenhall street, Londres, EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre du commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

La garantie Responsabilité civile vie privée est assurée par Gan Eurocourtage (contrat n°78 178 243), société anonyme au capital de 8 055 564 € (entièrement versé), immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 410 332 738 (code APE : 6511Z), située 4-6 avenue d'Alsace - 92033 La Défense Cedex - FRANCE.

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

APRIL Mobilité met également à la disposition des personnes assurées, selon la garantie frais de santé sélectionnée par l'*Adhérent*, 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.

11.2. CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour les garanties frais de santé, capital décès/perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et *Responsabilité civile* vie privée : 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 Mobilité est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

L'adhésion au contrat Expat Premier 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.

11.3. 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.

11.4. 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.

11.5. 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.

11.6. CONCILIATION :

En cas de difficultés dans l'application du contrat, *Vous* êtes invité à nous consulter (APRIL Mobilité, 110, avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE).

Vous pourrez également demander l'avis d'un médiateur si la réponse donnée ne vous donnait pas satisfaction. Les conditions d'accès à ce médiateur seront communiquées sur simple demande transmise à l'adresse ci-dessus.

11.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :

Vous avez le droit de demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier à notre usage, 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 | mobilité

APRIL MOBILITÉ 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 - www.aprilmobilite.com

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

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

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



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