

[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS

# Magellan

Conditions générales 2012

Réf : Ma 2012

## SOMMAIRE

<b>1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT</b> .....	<b>P. 3</b>
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H.....	p. 3
1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	p. 3
1.3. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE.....	p. 3
1.4. SERVICES EN AMÉRIQUE DU NORD.....	p. 3
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
<b>2. DÉFINITIONS</b> .....	<b>P. 5</b>
<b>3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT</b> .....	<b>P. 7</b>
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?.....	p. 7
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?.....	p. 8
<b>4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?</b> .....	<b>P. 8</b>
<b>5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT</b> .....	<b>P. 8</b>
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?.....	p. 8
5.2. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT.....	p. 9
5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT.....	p. 9
5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?.....	p. 9
5.5. QUE FAIRE SI VOTRE SÉJOUR EST MODIFIÉ OU ANNULÉ ?.....	p. 10
<b>6. COTISATIONS</b> .....	<b>P. 10</b>
6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?.....	p. 10
6.2. LES MODES DE PAIEMENT.....	p. 10
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?.....	p. 10
<b>7. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?</b> .....	<b>P. 11</b>
7.1. FRAIS DE SANTÉ.....	p. 11
7.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	p. 16
7.3. ASSISTANCE JURIDIQUE.....	p. 19
7.4. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE.....	p. 21
7.5. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE.....	p. 22
7.6. PROTECTION JURIDIQUE RECOURS.....	p. 22
7.7. INDIVIDUELLE ACCIDENT.....	p. 23
7.8. ASSURANCE BAGAGES.....	p. 24
<b>8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT</b> .....	<b>P. 25</b>
<b>9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>P. 29</b>
9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?.....	p. 29
9.2. CADRE LÉGAL.....	p. 29
9.3. PRESCRIPTION.....	p. 30
9.4. SUBROGATION.....	p. 30
9.5. CONTRÔLE.....	p. 30
9.6. CONCILIATION/JURIDICTION.....	p. 30
9.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	p. 30

### ● Remarque :

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

Una versión española de las Condiciones generales está disponible en [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr). Le informamos que la versión original del documento está en francés. En caso de conflicto, únicamente la versión francesa será tomada en cuenta.

Eine deutschsprachige Version dieser Allgemeinen Bedingungen steht online unter [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr) zur Verfügung. Dieses Dokument wurde in französischer Sprache verfasst. Bei Streitigkeiten ist die französische Version vor allen anderen Sprachen maßgebend.

## 1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

### 1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H :

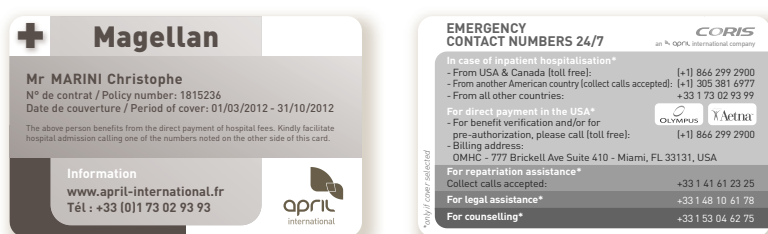
Ce service vous permet de ne pas avoir à régler *Vous-même vos frais d'Hospitalisation*. En effet, sur simple demande, *Nous* contactons l'établissement dans lequel *Vous* êtes admis et nous chargeons ensuite de régler la facture d'*Hospitalisation* correspondant à votre séjour.

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

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

- à partir des USA et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des autres pays américains, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir des autres pays, composer le +33 (0)1 73 02 93 99.

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 préalable d'APRIL International Assistance (voir paragraphe 7.2).

Pour cela, veuillez contacter APRIL International Assistance :

- par téléphone en France en PCV au +33 (0)1 41 61 23 25,
- par fax au +33 (0)1 44 51 51 15.

### 1.3. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE :

Pour bénéficier du service d'assistance juridique (voir paragraphe 7.3), veuillez nous contacter :

- par téléphone : +33 (0)1 48 10 61 78,
- par e-mail : expat@solucijp.fr.

### 1.4. SERVICES EN AMÉRIQUE DU NORD :

#### 1.4.1. SERVICE DE TIERS PAYANT AUX ÉTATS-UNIS AU SEIN DU RÉSEAU AETNA

*Vous* bénéficiez d'une prise en charge directe de vos dépenses de santé lorsque les soins correspondants sont pratiqués et facturés aux États-Unis. La prise en charge est faite dans la limite de couverture des garanties offertes par le présent contrat.

Ce service est disponible pour :

- vos consultations de généralistes et de spécialistes,
  - vos analyses,
  - vos radiographies,
  - vos examens et soins médicaux,
- auprès des prestataires médicaux appartenant au réseau AETNA.

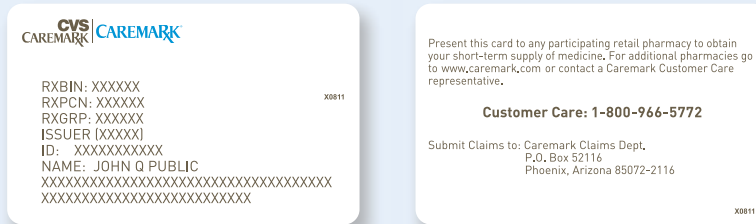
#### Pour plus d'informations concernant ce service et notamment connaître les prestataires médicaux partenaires proches de *Vous*, *Vous* pouvez :

- nous contacter au (+1) 866 299 2900,
- vous rendre sur le site [www.omhc.com/april](http://www.omhc.com/april).

Si vos soins ne sont pas entièrement pris en charge par votre contrat ou si ceux-ci ne donnent pas lieu à remboursement au titre de votre contrat, la facture correspondant à votre reste à charge vous est directement adressée par le prestataire médical. Vos coordonnées bancaires peuvent vous être demandées en garantie.

#### 1.4.2. 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* règlerons directement la pharmacie.

La liste des pharmacies partenaires est disponible sur le site [www.caremark.com](http://www.caremark.com).

#### 1.4.3. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD (CANADA, ÉTATS-UNIS, MEXIQUE)

**Pour bénéficier du service de consultation à domicile, veuillez :**

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

Ce service est disponible dans les villes suivantes (au 01/10/2011) :

**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, Ixtapa, Los Cabos, Mazatlan, Mexico City, Playa Del Carmen, Puerto Aventuras, Puerto Morelos, Puerto Vallarta et Tulum,

**Au Canada :** Toronto.

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

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

#### 1.5. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :

**Pour bénéficier du service de soutien psychologique** (voir paragraphe 7.4), veuillez nous contacter :

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

#### 1.6. SERVICES EN LIGNE :

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

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

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

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

- Formulaire d'*Attestation médicale confidentielle* (à faire compléter par votre médecin en cas d'*Hospitalisation*),
- Formulaire de *Demande d'entente préalable* (à faire compléter par votre médecin avant d'engager certains soins ou traitements),
- Formulaire de demande de remboursement (à joindre à vos factures et prescriptions médicales).

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

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

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

**Pour envoyer une demande de remboursement :**

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

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

**APRIL International Expat**

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

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

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

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

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

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

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

**APRIL International Expat**

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

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

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

## 2. DÉFINITIONS

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

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

**ACCIDENT CARACTÉRISÉ** : *Accident* constaté par une autorité compétente présente sur le lieu de l'évènement (forces de police, pompiers, ambulanciers-urgentistes) ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'*Accident*.

**ACCORD PRÉALABLE** : certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes un formulaire appelé « *Demande d'entente préalable* » accompagné d'un devis détaillé.

**ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité et qui paie les *Cotisations*.

**ANNÉE D'ASSURANCE** : période de 12 mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.

**ASSURÉ** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties du présent contrat. C'est-à-dire Vous et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites au *Certificat d'adhésion*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.

**ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.

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

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

**B BÉNÉFICIAIRE** : personne qui reçoit l'*Indemnité* ou le capital versé par l'organisme assureur.

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

**CONJOINT** : l'époux ou l'épouse de l'*Assuré principal*, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'*Assuré principal* bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du *Sinistre*. Le concubin notoire de l'*Assuré principal* pourra être considéré comme ayant la qualité de conjoint si justification de sa qualité est faite.

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

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

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

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

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

**DOMICILE SINISTRÉ** : votre domicile endommagé et devenu inhabitable à la suite de l'un des événements suivants :

- incendie,
- explosion,
- implosion,
- dégâts des eaux,
- bris de vitres,
- vol,
- tentative de vol,
- vandalisme,
- événements climatiques (tempête, grêle sur les toitures, poids de la neige/glace sur les toitures),
- risques annexes (foudre, enfumage, chute d'avion ou d'engin spatial, choc d'un véhicule terrestre à moteur),
- gel des canalisations et des appareils de chauffage,
- dégât des eaux suite à un débordement des égouts occasionné par des pluies exceptionnelles,
- catastrophe naturelle faisant l'objet d'un décret.

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

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

**D.R.O.M. (Départements et Régions d'Outre Mer)** : Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion.

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

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

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

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

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

**EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.

- F FORCE MAJEURE** : tout évènement imprévisible, irrésistible et extérieur à votre volonté, déclaré par les autorités publiques de l'état dans lequel *Vous* séjournez.  
**FRAIS RÉELS** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.  
**FRANCHISE** : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.
- H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) de plus de 24 heures dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutivement à un *Accident* ou une *Maladie*.
- I INDEMNITÉ** : somme versée pour réparer le préjudice que *Vous* avez subi.  
**INDIVIDUELLE ACCIDENT** : garantie prévoyant le paiement d'un capital si *Vous* décédez ou devenez invalide suite à un *Accident*.  
**INVALIDITÉ (TOTALE OU PARTIELLE)** : invalidité consécutive à un *Accident* entraînant votre impossibilité physique totale ou partielle, constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, de vous livrer à l'exercice normal de votre profession ou d'une profession vous procurant un traitement équivalent à celui que *Vous* receviez avant l'arrêt de travail consécutif à l'*Accident*.
- L LITIGE, CONFLIT, DIFFÉREND** : désaccord ou contestation d'un droit dont le caractère préjudiciable ou répréhensible peut motiver une réclamation ou des poursuites vous opposant à un *Tiers identifié*.
- M MALADIE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.  
**MEMBRE DE LA FAMILLE** : père, mère, sœur, frère, enfant ou tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.
- N NOUS** : APRIL International Expat.
- P PAYS DE DESTINATION** : le pays de résidence principal où *Vous* séjournez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.  
**PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre 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 ».  
**PROCHE** : toute personne physique désignée par *Vous* ou l'un de vos ayants droit et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.
- R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : si *Vous* êtes hospitalisé plus de 24 heures, *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation*, sans avance de frais, sous réserve de l'étude de votre *Attestation médicale confidentielle*. *Vous* pouvez déclencher ce service en utilisant les numéros d'urgence mentionnés au paragraphe 1.1 ou en présentant votre carte d'assuré à l'établissement hospitalier.  
**RÉSILIATION** : cessation définitive et anticipée du contrat.  
**RESPONSABILITÉ CIVILE** : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.
- S SEUIL D'INTERVENTION** : montant minimal à partir duquel la demande de prise en charge ou de remboursement est prise en considération par l'organisme assureur.  
**SINISTRE** : évènement, *Maladie* ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.
- T TIERS IDENTIFIÉ OU ADVERSAIRE** : personne physique ou morale, dont *Vous* connaissez l'identité et l'adresse, responsable de vos dommages ou contestant l'un de vos droits.

### 3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

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

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

##### Pour la formule « Mini » :

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

##### Pour la formule « Complète » :

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

### 3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Les garanties sont acquises dans le monde entier, hors de votre *Pays de nationalité*. Les garanties sont acquises dans votre *Pays de nationalité* pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre deux séjours dans votre *Pays de destination*.

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

Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

## 4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

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

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

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

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

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

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

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

Les garanties sont acquises :

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

Le contrat est renouvelable sur demande à la condition que *Vous* réalisiez les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4). *Vous* pouvez renouveler votre contrat trois fois maximum, sur demande et sous réserve de l'accord de l'organisme assureur.

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

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

## 5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

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

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

c) pour *Vous* et chaque membre de votre famille, dès que vous cessez de répondre aux conditions d'adhésion telles que définies au paragraphe 4 ;

d) le jour du retour définitif vers votre *Pays de nationalité* ;

e) le dernier jour porté sur votre *Certificat d'adhésion*.

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

### **Sanctions en cas de fausse déclaration**

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

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

## 5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

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

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

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

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

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

L'*Adhérent* a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter de la réception du *Certificat d'adhésion*.

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

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

L'*Adhérent* doit adresser une lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

APRIL International Expat - Service Suivi Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

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

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

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

En cas d'annulation de votre séjour, la *Cotisation* sera remboursée à l'*Adhérent*, à l'exception des droits d'adhésion, sous réserve que *Nous* en soyons prévenus par écrit avant la *Date d'effet* du contrat et que nous soient retournés les originaux du *Certificat d'adhésion* et éventuellement de la carte d'assuré.

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

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

## 6. COTISATIONS

### 6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

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

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

La *Cotisation* peut évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. L'état de santé de l'*Assuré* ainsi que ses dépenses médicales ne sont pas pris en compte dans le calcul de sa *Cotisation*.

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

### 6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

La *Cotisation* est payable d'avance en euros, selon le mode de paiement choisi par l'*Adhérent* figurant sur sa Demande d'adhésion :

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

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

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

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

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

*Nous* vous informons que le non-paiement et la *Résiliation* du contrat pour non règlement n'effacent pas la dette. *Nous* mettrons tout en œuvre pour obtenir le règlement des *Cotisations* dues et pourrions faire appel à une société spécialisée dans le recouvrement des impayés à l'international. Les majorations pour frais de gestion liées à nos actions ou celles de nos prestataires seront à la charge de l'*Adhérent*. En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant *Résiliation*, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

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*.

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

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

Deux formules vous sont proposées :

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

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

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

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

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

### 7.1. FRAIS DE SANTÉ :

#### 7.1.1 NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Deux options vous sont proposées :

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

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

Est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé pour des actes mentionnés au tableau des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée et qui :

- seraient prises en charge par la Sécurité sociale française en cas de choix de l'Option 1 (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- sont prises en charge par la Sécurité sociale française ou la CFE en cas de choix de l'Option 2 (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties).

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

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

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

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

**Plafonds :**

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné à **200 000 € par Année d'assurance et par Assuré**, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par tout organisme public ou privé en France et à l'Étranger.

## FORMULE COMPLÈTE

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

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

## FORMULE MINI

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

<i>Hospitalisation</i> médicale ou chirurgicale : Transport en ambulance (si <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International) Frais de séjour Honoraires médicaux et chirurgicaux Examens, analyses, médicaments Actes médicaux	100% des <i>Frais réels</i>
<i>Règlement direct des frais d'hospitalisation</i> de plus de 24 heures	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes	100% des <i>Frais réels</i> , en cas d' <i>Accident</i> seulement et sur présentation d'un certificat médical, jusqu'à 500 € par an
Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers* et actes de spécialistes	
Kinésithérapie* (suite à <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International)	

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

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

Nous pouvons effectuer un *Règlement direct de vos frais d'hospitalisation* de plus de 24h 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* et précisant le coût de la chambre privée ou semi-privée, 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 et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des autres pays américains, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir des autres pays, composer le +33 (0)1 73 02 93 99.

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 *Nous* puissions mettre en place le service de règlement direct en cas d'accord médical ;
- en cas d'*Hospitalisation* d'urgence, veuillez nous contacter dès que possible afin que vous soit transmis le formulaire *Attestation médicale confidentielle* (à faire compléter par votre praticien) nécessaire à l'étude de votre demande.

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

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant le début des soins, *Vous* aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes le formulaire *Demande d'entente préalable* accompagné d'un devis détaillé. Le formulaire « *Demande d'entente préalable* » est disponible dans votre espace assuré accessible à partir du site [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com).

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

**Votre Demande d'entente préalable doit nous être transmise à l'adresse suivante :**

**APRIL International Expat**

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

Email : prestation@aprilmobile.com

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

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



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

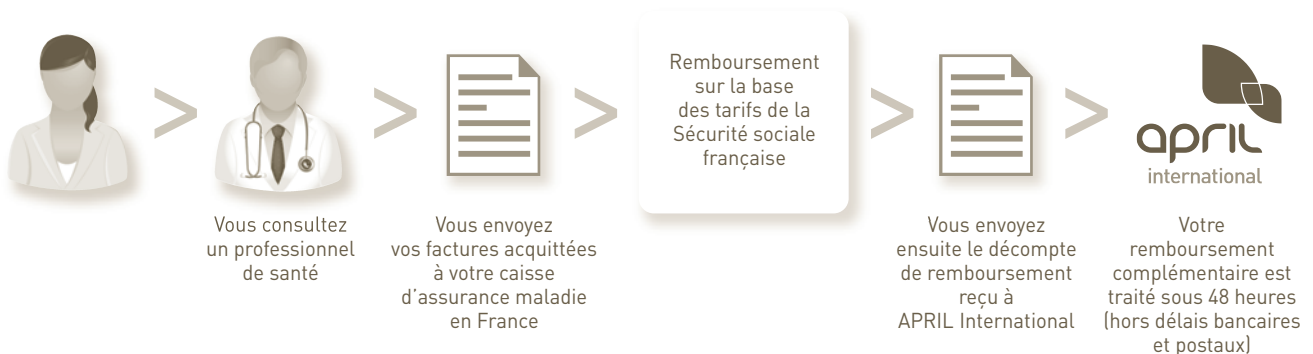
Veillez compléter le formulaire de demande de remboursement disponible dans votre espace assuré accessible à partir du site [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr), sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info@aprilmobile.com](mailto:info@aprilmobile.com) et nous le retourner dans les 3 mois qui suivent la date des soins, accompagné des pièces suivantes :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais acquittées, des prescriptions médicales et ordonnances, datées et mentionnant vos nom, prénoms et date de naissance, le genre de *Maladie*, la nature, la date des visites et soins donnés accompagnés des preuves de paiement. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et indiquer la monnaie locale ;
- pour les remboursements des soins et prothèses dentaires, des frais d'optique et des autres prothèses, *Vous devez joindre la preuve que les soins sont consécutifs à un Accident caractérisé* tel que défini au paragraphe 2 ;
- pour le remboursement des frais de santé hors hospitalisation en cas de choix de la Formule Mini, *Vous devez également joindre un certificat médical attestant le fait que les soins sont consécutifs à un Accident* tel que défini au paragraphe 2 ;
- si les soins nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire d'entente préalable accepté par nos services médicaux.

**Veillez nous transmettre vos demandes de remboursement à l'adresse suivante :**

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

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



Votre demande de remboursement doit être préalablement adressée à votre Caisse Primaire de Sécurité sociale. Vous nous adresserez ensuite l'original du décompte de remboursement reçu de la Sécurité sociale française pour obtenir le remboursement complémentaire.

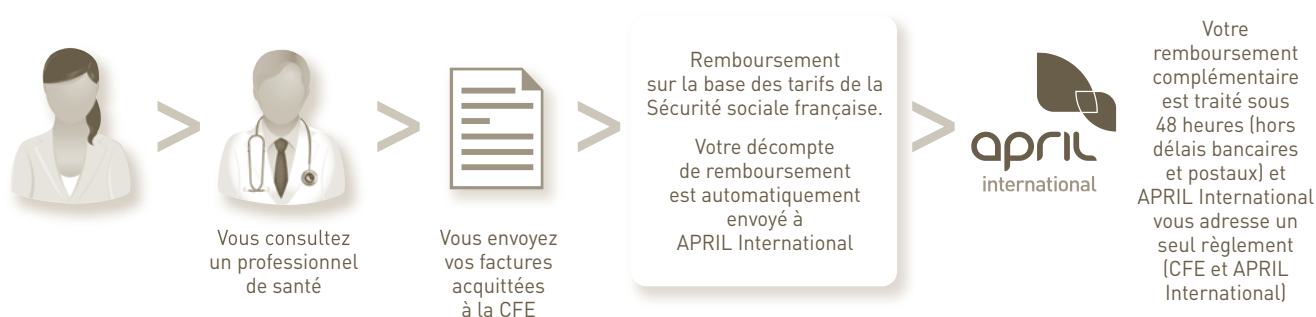
Nous nous réservons le droit de réclamer à tout moment les justificatifs des *Frais réels*, notamment en cas d'*Hospitalisation* ou lorsque Vous (ou un membre de votre famille) avez été accepté à des conditions particulières. Vous devez en outre nous transmettre les photocopies des pièces justificatives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

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

**Veillez nous transmettre vos demandes de remboursement à l'adresse suivante :**

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

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



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

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

**Veillez nous transmettre vos demandes de remboursement à l'adresse suivante :**

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

### d) Pour obtenir le remboursement de vos frais d'*Hospitalisation*, Vous devez

(si Vous n'avez pas utilisé le service de *Règlement direct des frais d'hospitalisation* présenté au paragraphe 7.1.2) :

- 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 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 e-mail : [hospitalisation@aprilmobile.com](mailto:hospitalisation@aprilmobile.com),
  - par courrier : 110 avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11, FRANCE,
- nous transmettre une facture détaillant le coût de la chambre privée ou semi-privée.

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

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

**En cas de désaccord sur le montant du règlement, veuillez nous en avvertir dans les 3 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.**

**Vous pouvez être remboursé :**

- par chèque en euro,
- par virement sur un compte en France (veuillez nous adresser un RIB),
- par virement sur un compte aux États-Unis (veuillez nous adresser un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque, numéro routing - ABA),
- par virement sur un compte dans un autre pays (veuillez nous adresser un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT et domiciliation de la banque).

Des frais bancaires sont retenus pour tout virement supérieur à la contre-valeur de 75 €. Les frais bancaires sont partagés pour tous les virements (quel que soit le montant) effectués au sein de la zone euro.

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

***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.

**7.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT :****Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?**

Il est impératif d'avoir l'accord préalable d'APRIL International Assistance pour bénéficier des garanties ci-après :

- soit en téléphonant en France au +33 (0)1 41 61 23 25,
- soit par fax au +33 (0)1 44 51 51 15.

**APRIL International Assistance n'intervient médicalement qu'après organisation des premiers secours décidée par une Autorité médicale compétente.**

Dès le premier appel, l'Équipe médicale se met en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

**7.2.1. CONDITIONS D'APPLICATION**

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

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

**7.2.2. GARANTIES COMMUNES AUX FORMULES MINI ET COMPLÈTE****7.2.2.1. Transport médical, rapatriement sanitaire**

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

La destination du rapatriement est :

- soit le centre hospitalier le mieux adapté,
- soit le centre hospitalier le plus proche de votre domicile dans votre Pays de nationalité ou de votre lieu de résidence dans votre Pays de destination,
- soit votre domicile dans votre Pays de nationalité ou dans votre Pays de destination.

Si *Vous* êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre Pays de nationalité ou de votre lieu de résidence dans votre Pays de destination, APRIL International Assistance organise votre retour après Consolidation médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre lieu de résidence dans votre Pays de destination ou à votre domicile dans votre Pays de nationalité. Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne ou l'avion sanitaire.

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

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

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

#### 7.2.2.2. Frais de recherche et de secours

La garantie a pour objet le remboursement de vos frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, sur un domaine privé ou public, d'équipes spécialisées dotées de tous moyens y compris l'usage d'un hélicoptère, afin de vous localiser et de vous évacuer jusqu'au centre d'accueil adapté le plus proche, **à hauteur de 5 000 € par Assuré et 15 000 € par événement**. Dans tous les cas, la garantie est limitée au montant des frais que *Vous* êtes tenu sur facture de rembourser en tout ou partie aux organismes officiels étant intervenus. La garantie intervient en complément des garanties dont *Vous* disposez par ailleurs. *Vous* (ou toute personne agissant en votre nom), devez aviser APRIL International Assistance immédiatement verbalement, au plus tard dans les 48 heures suivant l'intervention et des raisons qui la motivent.

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

Si *Vous* décédez, APRIL International Assistance organise et prend en charge le rapatriement de votre corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans votre *Pays de nationalité*. APRIL International Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

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

#### 7.2.2.4. Accompagnement du défunt

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

#### 7.2.2.5. Avance de caution pénale à l'*Étranger*

À l'*Étranger*, APRIL International Assistance procède à l'avance de la caution pénale exigée par les autorités pour votre libération ou pour vous permettre d'éviter d'être incarcéré.

Cette avance est effectuée par l'intermédiaire d'un homme de loi sur place **à concurrence de 15 000 € maximum par événement**. *Vous* êtes tenu de rembourser cette avance à APRIL International Assistance :

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

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

#### 7.2.3.1. Présence d'un *Membre de votre famille* en cas d'hospitalisation supérieure à 6 jours

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

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

APRIL International Assistance organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) **pendant 10 nuits maximum à raison de 80 € par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.**

#### 7.2.3.2. Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place

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

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

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

*Vous* vous engagez à en rembourser le montant majoré des frais éventuels de dédouanement, dans un délai maximum de 30 jours calculé à partir de la date d'expédition.

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

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

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

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

#### 7.2.3.4. Retour des membres de la famille assurés

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

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

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

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

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

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

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

#### 7.2.3.8. Frais d'avocat à l'*Étranger*

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

#### 7.2.3.9. Transmission de messages urgents

Si *Vous* êtes dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et si *Vous* en faites la demande, APRIL International Assistance se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, vos messages ou nouvelles vers les membres de votre famille, vos proches ou votre employeur. Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, APRIL International Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission. APRIL International Assistance peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

#### 7.2.3.10. Assistance voyage en cas de perte ou vol d'effets personnels

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

APRIL International Assistance n'est pas habilitée à procéder aux oppositions concernant les moyens de paiement pour le compte de tiers.

Dans le cas où des documents de remplacement seraient mis à disposition dans votre *Pays de nationalité*, APRIL International Assistance se charge de les acheminer par les moyens les plus rapides.

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

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

**Ces avances peuvent être effectuées en contrepartie d'une garantie déposée soit par Vous-même, soit par un tiers. Le remboursement de toute avance doit être effectué dans un délai de 30 jours à compter de la date de mise à disposition des fonds.**

#### 7.2.3.11. Retard de bagages

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

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

#### 7.2.3.12. Retour impossible

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

La garantie ne prend effet qu'après déclaration de l'état de *Force majeure* par les autorités publiques du pays dans lequel *Vous* séjournez et après l'accord préalable d'APRIL International Assistance. Tous les frais engagés sans l'accord préalable d'APRIL International Assistance ainsi que tous les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement qualifié de *Force majeure* n'ouvrent droit à aucune prestation. En cas de survenance d'un événement de *Force majeure*, toutes les garanties du contrat sont maintenues pour 5 jours maximum à partir de la date de fin inscrite sur votre *Certificat d'adhésion*.

#### 7.2.3.13. Retour anticipé en cas d'attentat ou de catastrophe naturelle

Si *Vous* êtes, sur les conseils des autorités locales ou de celles de votre *Pays de nationalité*, en raison d'événements rendant le régime politique instable ou en raison de catastrophes naturelles (telles qu'un tremblement de terre ou une inondation), obligé de quitter le lieu de votre séjour, *Vous* pouvez bénéficier de la garantie retour anticipé. Pour cela, veuillez transmettre à APRIL International Assistance, dès votre retour dans votre *Pays de nationalité*, tous les justificatifs vous permettant de vous faire rembourser le coût du transport jusqu'à concurrence du prix d'un billet d'avion (classe touristique) ou de train (1<sup>ère</sup> classe). **Cette garantie est acquise uniquement en dehors de votre Pays de nationalité.**

#### 7.2.3.14. Traductions de documents légaux et administratifs

Lorsque *Vous* vous trouvez à l'*Étranger* et si la langue parlée vous pose d'importants problèmes de compréhension de documents légaux ou administratifs, APRIL International Assistance organise et prend en charge les services de traduction des dits documents. La prise en charge d'APRIL International Assistance ne peut excéder **500 € par Année d'assurance**. APRIL International Assistance ne peut être tenue pour responsable des conséquences d'une mauvaise traduction ou d'une incompréhension de votre part.

### 7.2.4. LIMITATIONS DE GARANTIES

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

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

## 7.3. ASSISTANCE JURIDIQUE :

### 7.3.1. INFORMATIONS JURIDIQUES ET PRÉVENTION

Une équipe de juristes spécialisés vous informe de vos droits et vous délivre tout renseignement d'ordre pratique et juridique. *Vous* obtiendrez également toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos droits et de vos intérêts à titre préventif pour éviter un *Conflit*.

*Vous* pouvez interroger ce service quel que soit le domaine de droit concerné et obtenir une réponse **en langues française, anglaise ou espagnole** en composant le **+33 (0)1 48 10 61 78, 24h/24, 7j/7**. Le numéro de votre contrat vous sera demandé pour l'utilisation de ce service.

### 7.3.2. ASSISTANCE JURIDIQUE EN CAS DE LITIGE

Lorsque *Vous* rencontrez un *Litige* qui vous oppose à un *Tiers identifié* et que ce *Litige* survient dans le cadre de votre vie privée ou en tant que salarié, *Vous* bénéficiez d'une garantie dans les domaines suivants **à concurrence de 16 000 € par Litige et par Année d'assurance** :

- **Domaine pénal** : *Vous* bénéficiez de la défense de vos intérêts lorsque *Vous* êtes poursuivi devant une juridiction répressive ou une commission administrative à la suite d'un sinistre garanti au titre de la garantie *Responsabilité civile* (voir paragraphe 7.5), dès lors que *Vous* n'êtes pas représenté par l'avocat mandaté par l'organisme assureur pour la défense des intérêts civils.
- **Domaine logement** : *Vous* êtes garanti pour les *Conflits* avec le propriétaire de votre logement. Seront notamment pris en charge les *Litiges* relatifs aux travaux intérieurs d'entretien, d'aménagement ou d'embellissement, les *Litiges* relatifs aux troubles de voisinage ou aux problèmes de charges.
- **Domaine administration** : *Vous* êtes garanti pour les *Litiges* que *Vous* rencontrez avec les administrations locales (hors administration fiscale), les services publics et les collectivités territoriales.
- **Domaine achat internet** : *Vous* êtes garanti pour les *Litiges* relatifs à la transaction effectuée sur un site internet.
- **Domaine recours** : l'organisme assureur intervient pour réclamer au responsable identifié la réparation d'un dommage matériel ou corporel que *Vous* subissez à la suite d'un accident.

Une équipe de juristes met tous les moyens en oeuvre pour régler vos *Litiges* et défendre au mieux vos intérêts. Ils sont à votre disposition pour vous aider à constituer un dossier complet.

Pour bénéficier de cette garantie, *Vous* devez apporter les éléments suffisants permettant de démontrer que *Vous* êtes face à un *Litige* (factures, devis...). En ce sens, les dépenses afférentes à cette démarche préalable restent à votre charge.

#### Recherche d'une solution amiable

Après l'étude complète de votre dossier, des juristes, spécialistes de la négociation, engagent les démarches juridiques nécessaires auprès de votre *Adversaire*, afin de trouver en priorité une solution amiable au *Différend* qui vous oppose. Cette démarche est la plus efficace et la plus rapide pour faire valoir vos droits.

#### Prise en charge des frais de justice

Si aucune solution amiable n'est envisageable, ou lorsque la situation le nécessite, l'organisme assureur porte votre *Litige* devant la juridiction compétente et prend alors en charge les frais engendrés (les frais d'avocat, les frais d'expertise judiciaire, les frais et honoraires d'avoué et d'huissier de justice) par toute action en justice dans la limite des plafonds définis ci-après.

FRAIS DE JUSTICE COUVERTS	PLAFONDS
Recours amiable ayant abouti	250 € par affaire
Assistance à expertise, à mesure d'instruction	275 € pour la première intervention 90 € pour chacune des interventions suivantes
Recours précontentieux en matière administrative	
Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	
Transaction amiable menée à terme	400 € par affaire
Médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	
Référé et requête	400 € par ordonnance
Juge de proximité	340 € par affaire
Tribunal de Police/Défense pénale	340 € par affaire
Tribunal d'Instance (et tribunaux de même degré)	520 € par affaire
Tribunal de Grande Instance (et tribunaux de même degré)	750 € par affaire
Cour d'Appel	850 € par affaire
Cour d'Assises, Cour de Cassation, Conseil d'état	1 500 € par affaire

Ces honoraires comprennent les frais de secrétariat et de déplacement et sont indiqués toutes taxes comprises. Si l'affaire est portée devant une juridiction étrangère, l'organisme assureur règle les honoraires correspondant à la juridiction française équivalente. L'organisme assureur prend en charge les frais d'exécution de la décision rendue en votre faveur si votre débiteur est localisé et solvable. À défaut, l'organisme assureur cesse son intervention.

Lorsqu'il est nécessaire de faire appel à un avocat, l'organisme assureur prend en charge ses honoraires. *Vous* pouvez choisir votre avocat habituel, ou choisir votre avocat parmi ceux inscrits au barreau du tribunal compétent. L'organisme assureur peut enfin, si *Vous* le préférez, vous proposer un avocat partenaire, sur demande écrite de votre part.

#### **Comment bénéficier de la garantie ?**

Dès que *Vous* en avez connaissance, *Vous* devez déclarer le *Litige* pour lequel *Vous* souhaitez une intervention par téléphone au +33 (0)1 48 10 61 78 ou par e-mail à [expat@soluciapj.fr](mailto:expat@soluciapj.fr) ou par écrit à Solucia PJ - Tour Essor - 14, rue Scandicci - 93500 Pantin - FRANCE.

Si *Vous* déclarez avec retard le *Litige* et que ce retard cause un préjudice à l'organisme assureur, celui-ci pourra refuser d'intervenir. Le *Litige* doit être survenu après la prise d'effet de la garantie et doit être déclaré pendant la période de validité du contrat. Si *Vous* déclarez votre *Litige* par écrit, *Vous* devrez adresser une déclaration rapportant précisément les circonstances du *Litige*, le numéro de votre contrat, vos coordonnées postales et téléphoniques ainsi que celles de votre contradicteur et toutes les pièces justifiant votre réclamation. Les frais et actions ne doivent pas être engagés sans l'accord de l'organisme assureur. Toutes les actions à entreprendre sont décidées d'un commun accord entre *Vous* et l'organisme assureur. À défaut de cet accord préalable, leurs frais et conséquences resteront à votre charge, sauf s'il s'agit de mesures conservatoires urgentes.

#### **Clause d'arbitrage**

Dans le cas d'un désaccord entre *Vous* et l'organisme assureur, l'organisme assureur appliquera l'article 127-4 du Code des assurances français qui définit les mesures à prendre pour régler un *Litige*.

*Vous* et l'organisme assureur pouvez désigner d'un commun accord une tierce personne pour arbitrer votre différend. Si cette personne ne peut être choisie de cette façon, elle est nommée par le Président du Tribunal de Grande Instance, agissant en référé. Les frais ainsi occasionnés sont à la charge de l'organisme assureur.

Cependant, le Président du Tribunal peut en décider différemment s'il juge qu'il a été abusivement fait appel à cette procédure. Si *Vous* avez engagé à vos frais une procédure contentieuse qui aboutit à une solution plus favorable que l'organisme assureur - ou la tierce personne indiquée qui a été désignée - propose, l'organisme assureur vous rembourse, dans la limite du montant de la garantie.

*Vous* pouvez également soumettre ce désaccord à l'appréciation d'une tierce personne librement désignée par *Vous*, reconnue pour son indépendance et habilitée à donner des conseils juridiques. *Vous* informerez l'organisme assureur de cette désignation, ses honoraires seront alors pris en charge par l'organisme assureur dans la limite de 200 €.

La mise en œuvre d'une procédure d'arbitrage suspend tous les délais de recours contentieux, jusqu'à ce que la tierce personne ait proposé une solution. Cette suspension vise toutes les instances juridictionnelles couvertes par le contrat et auxquelles *Vous* pouvez vous adresser.

#### **Conflits d'intérêts**

En cas de conflit d'intérêts, notamment lorsque deux assurés de l'organisme assureur s'opposent, *Vous* pouvez librement choisir votre avocat ou une personne qualifiée pour vous assister. Ses honoraires et frais seront alors pris en charge par l'organisme assureur dans la limite du présent contrat.

#### **7.4. 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](mailto:consultant.am@psya.fr)). Le coût des communications est à votre charge. Ce service de soutien psychologique, disponible en langues française, anglaise, espagnole et italienne 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 psychothérapique effectué en face à face. En aucun cas, PSYA ne s'autorise à débiter une psychothérapie par téléphone.**

#### 7.5. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE :

##### 7.5.1. OBJET DE LA GARANTIE

L'organisme assureur garantit les conséquences pécuniaires de la *Responsabilité civile* que *Vous* pouvez encourir en vertu des lois et règlements en vigueur dans le pays où *Vous* séjournez dans le cadre de votre vie privée. La garantie s'exerce en cas de *Dommages corporels et matériels* que *Vous* causez à autrui et provenant notamment :

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

##### 7.5.2. PLAFONDS DE LA GARANTIE

- *Dommages corporels* : **4 500 000 € par Sinistre.**
- *Dommages matériels et immatériels* consécutifs causés aux tiers : **460 000 € par Année d'assurance**, les *Dommages immatériels* étant compris dans la somme assurée à concurrence de 20% soit **92 000 €**. **Franchise absolue de 75 € par Sinistre.**
- Dommages occasionnés au matériel du maître de stage, utilisé à l'occasion du stage : **12 000 € par Année d'assurance**. **Franchise absolue de 75 € par Sinistre.**

##### Comment bénéficier de la garantie ?

*Vous* devez déclarer, **par lettre recommandée** à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, dès que *Vous* en avez connaissance, **et au plus tard dans les 15 jours**, tout *Sinistre* de nature à entraîner la garantie du contrat, en mentionnant le détail des circonstances et conséquences.

#### 7.6. PROTECTION JURIDIQUE RECOURS :

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

##### 7.6.1. OBJET DE LA GARANTIE

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

- des *Dommages corporels* que *Vous* avez subis dans le cadre des activités garanties ;
- des *Dommages matériels* qui auraient été garantis au titre du paragraphe 7.5. s'ils avaient engagé votre *Responsabilité civile*.

##### 7.6.2. MONTANT ET SEUIL D'INTERVENTION

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

##### 7.6.3. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

###### Désaccord

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

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

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

### Choix de l'avocat

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

### Comment bénéficiaire de la garantie ?

*Vous* devez déclarer **par lettre recommandée** à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, dès que *Vous* en avez connaissance, **et au plus tard dans les 15 jours**, tout *Sinistre* de nature à entraîner la garantie du contrat, en mentionnant le détail des circonstances et conséquences.

## 7.7. INDIVIDUELLE ACCIDENT :

### 7.7.1. EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

L'organisme assureur verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital **dont le montant est fixé à 10 000 €**. Il est précisé que si l'*Assuré* est âgé de moins de 16 ans à la date du décès, le montant du capital est en tout état de cause limité au montant des frais d'obsèques. La garantie s'applique au décès de l'*Assuré* survenant un an au plus, après l'*Accident* ayant entraîné des blessures ou lésions mortelles.

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

### Attribution des prestations

Si l'*Assuré* décède, le capital est versé au(x) *Bénéficiaires* indiqués sur la Demande d'adhésion, ou à ceux que *Vous* avez désigné(s) ultérieurement.

*Vous* pouvez modifier la clause de désignation lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation de cette dernière par le *Bénéficiaire* qui la rend irrévocable. La désignation de *Bénéficiaire* peut en outre être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le *Bénéficiaire* est nommément désigné, *Vous* pouvez porter au contrat les coordonnées de ce dernier.

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

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

### Comment bénéficiaire de la garantie ?

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Comment bénéficier de la garantie ?

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

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

### 7.8. ASSURANCE BAGAGES :

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

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

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

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

#### Comment bénéficier de la garantie ?

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

Une liste de pièces justificatives vous sera demandée.

## 8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

### 8.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

#### 8.1.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ EN CAS DE CHOIX DE L'OPTION 1 :

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.8, sont exclus de la garantie frais de santé :**

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée ;
- les soins nécessitant un *Accord préalable*, dispensés sans *Accord préalable* ;
- les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'*Assuré* ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les frais annexes tels que les frais de téléphone en cas d'*Hospitalisation* ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- les frais de parapharmacie, les soins cosmétiques, les produits d'hygiène, les crèmes solaires et/ou hydratantes, les produits de maquillage, les traitements de confort, les vitamines et minéraux, les compléments alimentaires, les produits diététiques, les aliments pour bébé, les eaux minérales ;
- les thermomètres et tensiomètres ;
- les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection ;
- les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes ;
- les traitements expérimentaux ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement ;
- le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires ;
- les centres hospitaliers et structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours ;
- les hormones de croissance ;
- les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- l'automutilation ;
- toute dépense non médicalement nécessaire ;
- les traitements non reconnus par les autorités médicales du pays dans lequel ils se déroulent,
- la thalassothérapie et les cures thermales ;
- tout traitement lié à la stérilité, à la fertilité ou à la contraception ;
- les traitements (hospitalisation, consultations, pharmacie...) de psychothérapie, de psychiatrie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses ;
- les consultations de psychologues ;
- les frais de vaccination, les soins liés à la dermatologie ;
- la pédicure ;
- les frais qui auraient pu être effectués à votre retour dans votre *Pays de nationalité* ;
- les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la *Maladie* ;
- les soins et prothèses dentaires, les frais d'optique et les autres prothèses, sauf si les frais font suite à un *Accident* caractérisé ;
- la médecine de ville pour la formule Mini, sauf si les frais font suite à un *Accident* et si un certificat médical a été présenté ;
- les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne, dans les maisons de repos, sauf après *Hospitalisation* médicale ou chirurgicale ;
- toute *Hospitalisation* programmée, au moment de l'adhésion, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- les auxiliaires médicaux autres que kinésithérapeute, infirmier et sage-femme ;
- les séances de préparation à l'accouchement ;
- l'opération de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- le traitement des troubles alimentaires ;
- les bilans de santé, les tests de routine et check-up ;
- la chirurgie au laser des yeux (y compris la correction de la myopie) et le traitement de la cataracte ;
- les traitements préventifs.

### 8.1.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ EN CAS DE CHOIX DE L'OPTION 2 :

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.8, sont exclus de la garantie frais de santé :**

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales, la thalassothérapie ;
- tout traitement lié à la stérilité, à la fertilité ou à la contraception ;
- les traitements (hospitalisation, consultations, pharmacie...) de psychothérapie, de psychiatrie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses ;
- les frais de vaccination, les soins liés à la dermatologie, les bilans de santé ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- les frais qui auraient pu être effectués à votre retour dans votre *Pays de nationalité* ;
- les frais annexes, tels que les frais de téléphone en cas d'*Hospitalisation* ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la *Maladie* ;
- les soins et prothèses dentaires, les frais d'optique et les autres prothèses, sauf si les frais font suite à un *Accident* caractérisé ;
- la médecine de ville pour la formule Mini, sauf si les frais font suite à un *Accident* et si un certificat médical a été présenté ;
- les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui vous ont accueilli ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne, dans les maisons de repos, sauf après *Hospitalisation* médicale ou chirurgicale ;
- toute *Hospitalisation* programmée, au moment de l'adhésion, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- les soins nécessitant un *Accord préalable* dispensés sans *Accord préalable*.

### 8.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.8, ne sont pas garantis au titre de la garantie assistance rapatriement, les frais résultant des faits ou événements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit, et ne pourront donner lieu à l'intervention d'APRIL International Assistance) :**

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui 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, les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés, les interruptions volontaires de grossesse ;
- 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 ;
- les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;

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

**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.

**Au titre de la garantie assistance retour impossible, ne sont pas pris en charge :**

- les frais engendrés sans l'accord préalable d'APRIL International Assistance ;
- les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement de *Force majeure* tel que défini au paragraphe 2 et constaté par les autorités publiques compétentes.

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

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

### 8.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE :

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.8, l'organisme assureur ne peut intervenir :**

- pour les *Litiges* relatifs aux droits des personnes et de la famille ;
- si votre responsabilité est mise en cause et que les dommages dont *Vous* êtes responsable auraient dû être pris en charge au titre d'une assurance légalement obligatoire. L'organisme assureur n'intervient pas si une garantie présente dans l'un de vos contrats d'assurance prévoit l'indemnisation directe de votre préjudice en dehors de toute recherche de responsabilité ;
- pour les *Litiges* relatifs au droit de la propriété intellectuelle, artistique, littéraire ou industrielle, ou concernant vos marques, brevets ou droits d'auteur ;
- pour les *Litiges* résultant de risques exceptionnels (guerre civile ou guerre étrangère, émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme, actes de vandalisme) ou découlant d'une catastrophe naturelle ;
- pour les *Litiges* résultant d'une faute intentionnelle de votre part ;
- pour les *Litiges* faisant l'objet d'un conflit entre *Vous* et l'organisme assureur sauf lors de l'application de la clause Arbitrage ou Conflits d'intérêts ;
- pour les *Litiges* se rapportant à l'expression d'opinions politiques ou syndicales ;
- pour les *Litiges* concernant les immeubles de rapport ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine de l'urbanisme .
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine douanier ;
- pour les *Litiges* se rapportant au mandat d'une société civile ou commerciale qui vous a été confié, ou à votre participation à son administration ou à sa gestion ;
- pour les *Litiges* qui concernent une activité professionnelle autre que celle salariée (bénévolat, associative ou syndicale) ;
- pour les *Litiges* relevant d'une caution consentie en dehors du cadre familial ou consentie dans le cadre d'une activité professionnelle ;
- pour les *Litiges* concernant votre surendettement ou votre insolvabilité, le règlement d'une dette ou l'obtention de délais de paiement ;
- pour les *Litiges* résultant d'une infraction au Code de la route en vigueur dans le pays où *Vous* vous trouvez.

**L'organisme assureur ne prend jamais en charge :**

- les amendes et les sommes de toute nature que *Vous* pouvez être tenu de payer ou de rembourser à la partie adverse ;
- les frais et honoraires liés à l'établissement de votre préjudice ainsi que les enquêtes pour identifier ou retrouver l'*Adversaire* ;
- les honoraires de résultat ;
- les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés de votre seul fait ;
- les actions et frais afférents engagés sans le consentement de l'organisme assureur (notamment la saisine d'un avocat) ;
- les frais de représentation, de postulation et de déplacement si votre avocat n'est pas inscrit au barreau du tribunal compétent ;
- les consignations pénales, les cautions.

**8.4. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE :**

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.8, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :**

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

**8.5. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE RECOURS :**

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.8, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :**

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

**8.6. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT :**

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.8, sont exclus de la présente garantie :**

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

**8.7. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSURANCE BAGAGES :**

**Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.8, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :**

- les espèces, billets de banque, titres de toute nature, documents, billets de voyage ;
- les *Accidents* de fumeurs ainsi que les dommages causés aux objets tombés ou jetés dans un foyer et les brûlures occasionnées par un excès de chaleur sans embrasement ;
- les dommages causés aux appareils électriques et résultant de leur seul fonctionnement, ainsi que ceux provenant du vice propre de l'objet ;

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

#### 8.8. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES 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, 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, tremblement de terre, inondation, raz de marée et autres cataclysmes, sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des *Maladies*, affections, malformations antérieures à la *Date d'effet* du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des *Maladies* ou malformations congénitales et non déclarées à l'adhésion ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que : l'ULM, le deltaplane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, l'escalade (hors support artificiel), la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, le kitesurf, les sports de défense et de combat et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à titre professionnel à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique à titre professionnel des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
- de la pratique de la chasse ;
- tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- d'activités sportives impliquant l'utilisation ou la présence d'un animal telles que les compétitions équestres et les corridas ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'*Assuré* a la 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 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*.

## 9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

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

**pour la garantie frais de santé** : une convention de groupe à adhésion facultative avec Groupama Gan Vie (convention n° 219/851 724), société anonyme au capital de 413 036 043 € (entièrement versé), immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 340 427 616 (code APE : 6511Z), située 8-10, rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE ;

**pour la garantie assistance rapatriement** : une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec ACE Europe (convention n°FRBBBA05125), les prestations d'assistance étant fournies par CORIS Assistance, entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100, Leadenhall street, Londres EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112 892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8, avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660 E).

**La garantie assistance juridique** est assurée par Solucia PJ (contrat n° 1000 66 04), compagnie d'assurances de protection juridique, régie par le Code des assurances français. Siège social : Tour Essor, 14 rue Scandicci, 93508 Pantin Cedex, FRANCE.

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

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

APRIL International Expat met également à votre disposition, selon la formule sélectionnée, des prestations de service dénommées « soutien psychologique » réalisées par la société PSYA, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 414 510 024, située 69, rue Lafayette, 75009 Paris, FRANCE.

### 9.2. CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour les garanties frais de santé, assistance juridique, *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative, *Individuelle accident*, assurance bagages et protection juridique recours : l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE,
- pour la garantie assistance rapatriement : Financial Services Authority, située 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14EHS, ROYAUME-UNI.

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

L'adhésion au contrat Magellan est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes conditions générales et le *Certificat d'adhésion*. Elle est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances.

Les garanties et niveaux de remboursement du présent contrat seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats de droit français.

### 9.3. PRESCRIPTION :

Conformément aux articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances français, toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de la date de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,
- en cas de *Sinistre*, que du jour où *Vous* en avez eu connaissance, si *Vous* prouvez que *Vous* l'avez ignoré jusque-là.

Si *Vous* décédez, le délai est porté à 30 ans pour les *Bénéficiaires*, à compter du jour de votre décès.

Si votre action contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre *Vous* ou lorsque *Vous* l'avez indemnisé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, par la délégation d'un expert en cas de *Sinistre* ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé réception que *Vous* ou le *Bénéficiaire* nous adressez concernant le règlement des prestations ou que *Nous* vous adressons concernant le paiement des *Cotisations*.

En aucun cas il ne pourra être apporté de modification sur la durée de la prescription ni d'ajout sur ces causes de suspension ou d'interruption et ce, même en cas d'accord entre l'*Adhérent* et l'organisme assureur.

#### **9.4. SUBROGATION :**

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

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

#### **9.5. CONTRÔLE :**

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

#### **9.6. CONCILIATION/JURIDICTION :**

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

#### **9.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :**

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

april international | expat

**APRIL INTERNATIONAL EXPAT** UNE SOCIÉTÉ APRIL

Siège social :

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

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

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

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

Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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