

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Visit'Assur

Conditions générales 2012

Réf : Va 2012



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

SOMMAIRE

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT	p.3
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H	p.3
1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.3
1.3. SERVICES EN LIGNE	p.3
1.4. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT OU VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE ?	p.3
2. DÉFINITIONS	p.4
3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	p.5
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?	p.5
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p.5
4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	p.5
5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	p.6
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?	p.6
5.2. DURÉE DE COUVERTURE DE VOTRE CONTRAT	p.6
5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT	p.6
5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?	p.6
5.5. QUE FAIRE EN CAS DE DIFFICULTÉ D'OBTENTION DE VISA ?	p.7
6. COTISATIONS	p.7
6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?	p.7
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p.7
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ?	p.7
7. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	p.8
7.1. FRAIS DE SANTÉ	p.8
7.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p.10
8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	p.12
9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	p.14
9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p.14
9.2. CADRE LÉGAL	p.14
9.3. PRESCRIPTION	p.14
9.4. SUBROGATION	p.15
9.5. CONTRÔLE	p.15
9.6. CONCILIATION	p.15
9.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p.15

● Remarque :

An English version of these General conditions is available on 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. 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 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 composer le : +33 (0)1 73 02 93 99.

1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Pour bénéficier des garanties d'assistance rapatriement :

Il est impératif d'avoir l'accord préalable d'APRIL International Assistance (voir paragraphe 7.2). Pour cela, veuillez nous contacter :

- **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. SERVICES EN LIGNE :

Depuis le site 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, Vous pouvez consulter :

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

Vous pouvez télécharger les formulaires à compléter pour vos remboursements (voir 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 Souscripteur, Vous pouvez :

- consulter vos coordonnées personnelles et les coordonnées de votre assureur-conseil,
- consulter votre mode de règlement.

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

Pour envoyer une demande de remboursement :

Complétez le formulaire de demande de remboursement **en y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales** (voir paragraphe 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

Pour envoyer une Demande d'entente préalable :

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil. *Vous* aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes un formulaire appelé "*Demande d'entente préalable*" et nous le retourner accompagné d'un devis détaillé à l'adresse indiquée ci-dessus ou par e-mail à prestation@aprilmobilite.com (voir paragraphe 7.1.3).

2. DÉFINITIONS

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

- 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 correspondants, *Vous* aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une *Demande d'entente préalable* accompagnée d'un devis détaillé.
ASSURÉ, « VOUS » : personne physique admise à l'assurance 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 médecin après examen de votre état de santé.
AUTORITÉ MÉDICALE : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où *Vous* vous trouvez.
- B BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE** : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou les prescriptions délivrés par les professionnels de santé. Elle diffère selon le secteur dont le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier relève. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de responsabilité qui correspond au prix d'un médicament générique.
- C CERTIFICAT DE SOUSCRIPTION** : document valant attestation d'assurance, que *Nous* remettons au *Souscripteur*, confirmant sa souscription au contrat Visit'Assur et mentionnant notamment la *Date d'effet* du contrat et les garanties souscrites. Le *Certificat de souscription* correspond aux conditions particulières du contrat.
CONSOLIDATION : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un *Accident* ou souffrant d'une *Maladie*.
COTISATION : somme payée par le *Souscripteur* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au *Certificat de souscription*.
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 de souscription*.
DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE : formulaire à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre accord préalable avant d'engager certains actes ou traitements.
D.R.O.M. (Départements et Régions d'Outre Mer) : Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion.
- E ÉQUIPE MÉDICALE** : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'APRIL International Assistance.
EXCLUSIONS : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- F FRAIS RÉELS** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
FRANCHISE : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.
- H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) de plus de 24 heures dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutivement à un *Accident* ou une *Maladie*.
- 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* séjournerez pendant la durée de votre séjour en France métropolitaine ou dans les *D.R.O.M.*
PAYS DE NATIONALITÉ : le pays qui figure sur votre Demande de souscription ou à défaut le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé "nationalité".

PÉRIODE DE COUVERTURE : période qui débute à la *Date d'effet* du contrat et se termine à la date de fin du contrat conformément aux dates inscrites sur le *Certificat de souscription*.

PROCHE : toute personne physique désignée par *Vous-même* 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 le numéro d'urgence mentionné au paragraphe 1.1.

RÉSILIATION : cessation définitive et anticipée du contrat.

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

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

3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

La souscription au présent contrat vous garantit les prestations suivantes :

- remboursement de frais de santé,
- assistance rapatriement.

3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Les garanties sont acquises en France et dans les D.R.O.M. La territorialité est étendue aux pays de l'Espace Schengen, l'Andorre et Monaco pour une période inférieure à 30 jours consécutifs se situant entre deux séjours en France ou dans les *D.R.O.M.* et lors de séjours inférieurs à 30 jours consécutifs dans votre *Pays de nationalité* (sauf pays exclus).

Pays membres de l'Espace Schengen au 30/11/2011 : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.

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

- séjourner en France métropolitaine ou dans les *D.R.O.M.* (hors de votre *Pays de nationalité*), à l'occasion de voyages, d'études, de stages, de la vie professionnelle ou privée, pour une durée maximale de 3 mois ;
- être âgé de moins de 80 ans à la *Date d'effet* du contrat ;
- avoir complété et signé la Demande de souscription ;
- avoir complété et signé le Profil de santé simplifié au maximum 6 mois avant la *Date d'effet* souhaitée ;
- avoir réglé l'intégralité de la *Cotisation*.

La souscription est subordonnée à notre acceptation médicale. *Nous* nous réservons le droit de demander des formalités médicales complémentaires, en fonction des réponses faites au Profil de santé simplifié.

Si *Vous* présentez un risque aggravé, *Nous* pourrions être amenés soit à vous accepter mais à des conditions particulières, soit à vous refuser.

La souscription repose sur vos déclarations et celles du *Souscripteur* et la bonne foi des parties.

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

5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

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

Les garanties entrent en vigueur 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 :
 - a) 15 jours pour l'*Hospitalisation*,
 - b) 8 jours pour les autres soins.

Les *Délais d'attente* s'appliquent à compter de la *Date d'effet* inscrite sur le *Certificat de souscription*.

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 DE VOTRE CONTRAT :

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

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

Aucune demande de renouvellement ne sera accordée.

5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de non-paiement des *Cotisations* (voir paragraphe 6) ;
- b) en cas de dénonciation du contrat par l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas, *Nous* nous engageons à en informer le *Souscripteur*) ;
- c) dès que *Vous* cessez de répondre aux conditions de souscription telles que définies au paragraphe 4 ;
- d) le jour du retour définitif vers votre *Pays de nationalité* ;
- e) le dernier jour porté sur votre *Certificat de souscription*.

Sanctions en cas de fausse déclaration

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

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

5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

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

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

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

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

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

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

Le *Souscripteur* 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.

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

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

5.5. QUE FAIRE EN CAS DE DIFFICULTÉ D'OBTENTION DE VISA ?

En cas de difficulté d'obtention de visa, *Vous* avez la possibilité de modifier la *Date d'effet*, de suspendre ou d'annuler le contrat.

Pour une modification de *Date d'effet* : adressez-nous obligatoirement **avant la *Date d'effet*** une demande par écrit accompagnée du *Certificat de souscription* émis, en précisant les nouvelles dates de couverture souhaitées.

Pour une suspension : adressez-nous obligatoirement **avant la *Date d'effet*** une demande par écrit accompagnée du *Certificat de souscription* émis. La suspension permet de conserver les droits du contrat pendant 6 mois maximum, à compter de la date d'émission de celui-ci.

Pour une annulation avant la *Date d'effet* : adressez-nous obligatoirement **avant la *Date d'effet*** une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du *Certificat de souscription* émis.

Pour une annulation après la *Date d'effet* suite à un refus de visa : adressez-nous obligatoirement une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du *Certificat de souscription* émis ainsi que du justificatif de refus de visa.

En cas d'annulation (avant ou après la *Date d'effet*), la somme de 35 € sera systématiquement retenue.

6. COTISATIONS

6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE *COTISATION* ?

La *Cotisation* peut évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du contrat. Elle ne dépend pas de l'état de santé de l'*Assuré*, ni de ses dépenses médicales.

La *Cotisation* est déterminée par l'âge de l'*Assuré* et la durée de couverture choisie.

L'âge pris en compte pour le calcul de la *Cotisation* est l'âge de l'*Assuré* à la *Date d'effet* du contrat.

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

6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

La *Cotisation* est payable d'avance dans son intégralité en euros.

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

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

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 10 jours de son échéance, *Nous* adresserons au *Souscripteur* une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, *Nous* résilierons de plein droit 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 du *Souscripteur*.

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 retour anticipé, aucun remboursement de *Cotisation* ne sera effectué.

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

7.1. FRAIS DE SANTÉ :

7.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

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

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

Si les remboursements de la Sécurité sociale française sont modifiés au cours de l'année, *Nous* nous réservons le droit de conserver la base de remboursement qui était la nôtre avant ladite modification.

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

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*.

Les frais sont remboursés poste par poste, conformément au tableau des garanties.

Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné à 30 000 € par *Assuré* et par *Période de couverture*, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par la Sécurité sociale ou tout organisme public ou privé en France et à l'*Étranger*.

En cas d'*Hospitalisation* dans l'Espace Schengen (hors de France et *D.R.O.M.*), en Andorre, à Monaco ou dans votre *Pays de nationalité*, le plafond journalier de remboursement est de 550 €.

FRAIS DE SANTÉ

Montant maximum des remboursements de frais de santé : 30 000 € par Période de couverture.
Prise en charge des soins en cas de *Maladie* ou *Accident*.

<i>Hospitalisation</i> médicale ou chirurgicale	100% de la <i>Base de remboursement de la Sécurité sociale française</i>
<i>Règlement direct des frais d'hospitalisation</i> de plus de 24h	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Actes auprès de médecins généralistes et spécialistes	
Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie, soins infirmiers*	100% de la <i>Base de remboursement de la Sécurité sociale française</i> <i>Franchise de 30 € par acte</i>
Kinésithérapie (suite à <i>Accident caractérisé</i> et intervention chirurgicale prise en charge par APRIL International)*	
Soins dentaires (suite à <i>Accident caractérisé</i>)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 € par <i>Période de couverture</i>
Prothèses dentaires (suite à <i>Accident caractérisé</i>)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 € par <i>Période de couverture</i>
Optique : verres, lentilles et monture (suite à <i>Accident caractérisé</i>)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 € par <i>Période de couverture</i>

* Actes soumis à Accord préalable (se reporter au paragraphe 7.1.3).

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

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

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 :

- composer le +33 (0)1 73 02 93 99,
- écrire à hospitalisation@aprilmobilite.com.

Pour faciliter le traitement de votre demande en cas d'Hospitalisation d'urgence, veuillez nous contacter dès que possible afin que vous soit transmis le formulaire d'*Attestation médicale confidentielle* (à faire compléter par votre praticien) nécessaire à l'étude de votre demande.

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

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

Sont soumis à *Accord préalable* les actes d'auxiliaires médicaux (kinésithérapie suite à *Accident caractérisé* et intervention chirurgicale prise en charge et soins infirmiers) en cas de prescription de plus de 20 séances par *Période de couverture*.

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

E-mail : prestation@aprilmobilite.com

7.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?



Quels documents joindre à votre demande de remboursement ?

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

- un certificat médical émanant du professionnel de santé que Vous avez consulté et précisant la nature des soins effectués ;
- 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 ;
- quand les soins sont dispensés en France, Vous devez joindre les originaux des feuilles de soins, ordonnances et vignettes pharmaceutiques ;
- pour les demandes de remboursement des soins et prothèses dentaires, des frais d'optique et de kinésithérapie, Vous devez également joindre à votre demande la preuve que les soins sont consécutifs à un *Accident caractérisé* tel que défini au paragraphe 2 ;
- pour les actes nécessitant une *Demande d'entente préalable*, le formulaire d'entente préalable accepté par nos services médicaux.

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

(si Vous n'avez pas utilisé le service de *Règlement direct des frais d'hospitalisation* présenté au paragraphe 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, dans ce cas, un rapport d'*Accident* à l'appui,
- 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@aprilmobilite.com,
 - par courrier : 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE,
- nous transmettre 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, sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info@aprilmobilite.com.

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.

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 avertir 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 Etats-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),
- un tiers peut bénéficier des remboursements moyennant l'envoi d'un courrier adressé à notre service Suivi Client indiquant les nom, prénoms, les coordonnées postales et les coordonnées bancaires de la personne bénéficiaire.

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 privé ou public 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-après ne peut donner lieu à 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. 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 retenus. La destination du rapatriement est :

- soit le centre hospitalier le mieux adapté,
- soit le centre hospitalier le plus proche de votre domicile dans votre *Pays de nationalité* ou dans votre *Pays de 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 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 domicile dans votre *Pays de destination* ou votre *Pays de nationalité*. Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne ou l'avion sanitaire.

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

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

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

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

Si *Vous* décédez, APRIL International Assistance organise et prend en charge le rapatriement du 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.

7.2.4. 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 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^{ère} classe. Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si l'*Assuré* était seul sur place au moment de son décès.

7.2.5. 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* devrez impérativement remettre le titre de transport non utilisé à APRIL International Assistance.

8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

8.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.3, sont exclus de la garantie :

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité sociale française ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales, la thalassothérapie ;
- tout traitement lié à la stérilité, la fertilité ou à la contraception ;
- les traitements (hospitalisation, consultations, médicaments, tests de diagnostic et analyses) de psychothérapie, de psychiatrie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- les frais de vaccination, les soins liés à la dermatologie, les bilans de santé, les *Maladies tropicales* ;
- les frais qui auraient pu être effectués à votre retour dans votre *Pays de nationalité* ;
- les frais annexes, tels que les frais de téléphone et de chambre privée en cas d'*Hospitalisation* ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais d'*Hospitalisation* ou de séjour en établissement non agréé par l'autorité publique compétente du pays où les frais sont engagés ;
- les frais de transport (ambulance, taxi...) et le forfait journalier ;
- 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, sauf si les frais font suite à un *Accident caractérisé* ;
- les prothèses (hors prothèses dentaires suite à un *Accident caractérisé*) ;
- les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui vous ont accueilli ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les actes d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers et hors kinésithérapie suite à un *Accident caractérisé* et intervention chirurgicale prise en charge par nos services ;
- les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne, dans les maisons de repos ;
- toute *Hospitalisation* programmée, au moment de la souscription, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- les soins nécessitant un *Accord préalable* dispensés sans *Accord préalable* ;
- le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- toute dépense non médicalement nécessaire.

8.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.3, ne sont pas garantis au titre de la garantie assistance rapatriement, les frais résultant des faits ou événements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit et ne pourront donner lieu à l'intervention d'APRIL International Assistance) :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les *Maladies* antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;

- l'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
- les états de grossesse, les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés, les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique, les soins de dermatologie, les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- les *Maladies* tropicales ;
- les *Maladies* ou malformations congénitales ;
- les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les conséquences de la participation à un pari, un défi, un duel ou un crime ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique des activités sportives ;
- les frais de séjour (hôtel, taxi, restaurant, téléphone) 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 ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

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

- les frais médicaux, les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation, les frais de contraception et de traitement de la stérilité, les frais de lunettes, de verres de contact, les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'*Assuré*.

8.3. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

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

- des faits intentionnels de l'*Adhérent* ou de l'*Assuré* et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'*Assuré* ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense) ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide, de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'*Assuré* (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre* dans le pays de survenance) ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marée et autres cataclysmes, sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des maladies, affections, malformations antérieurs à la *Date d'effet* du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales non déclarés à la souscription ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
- de la pratique de la chasse ;
- 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 ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération, à titre professionnel ou amateur ;
- de 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 l'équitation, les compétitions équestres et les corridas ;
- de la pratique, à titre professionnel de tout sport ;
- 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 de souscription au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande de souscription et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'*Assuré* par courrier et acceptée par l'*Assuré*.

9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Le présent contrat d'assurance est assuré :

Pour la garantie frais de santé :

par Axéria Prévoyance (contrat n° APRMOB0107), société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 83-85, boulevard Vivier Merle, 69003 Lyon, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129.

Pour la garantie assistance rapatriement :

par ACE EUROPE (contrat n° FR32022526), 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 1112892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

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

9.2. CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour la garantie frais de santé : 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.

La souscription au contrat Visit'Assur est constituée par la Demande de souscription, les présentes Conditions générales et le *Certificat de souscription*. Elle est soumise à la législation française et notamment à son Code des assurances.

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

9.3. PRESCRIPTION :

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 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 le *Souscripteur* 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 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 :

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

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

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



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