

CONDITIONS GÉNÉRALES

Réf : MHI Cov

MA SANTÉ INTERNATIONALE

Si vous avez la moindre question relative à votre contrat, nous sommes à votre écoute pour vous conseiller et simplifier toutes vos démarches :



Zone Asie-Pacifique	Zone Europe, Afrique et Moyen-Orient	Zone Amérique
APRIL International Expat - Bangkok Tél : +66 (0) 2022 9180 E-mail : infobangkok@april-international.com Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h	APRIL International Expat - Paris Tél : +33 (0) 1 73 02 93 93 E-mail : info.expat@april-international.com Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h	APRIL International Expat - Mexico Tél : +52 (55) 52 80 13 37 E-mail : infomexico@april-international.com Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

Nos conseillers sont également joignables via :



SOMMAIRE

1. DÉFINITIONS	3
1.1 DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES	3
1.2 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	3
1.3 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	4
1.4 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE.....	4
1.5 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE.....	4
1.6 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE.....	5
2. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	5
3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT	5
4. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	6
4.1 QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?.....	6
4.2 <i>LES DÉLAIS D'ATTENTE</i> APPLICABLES À VOTRE CONTRAT	6
4.3 DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT	6
4.4 LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT	6
4.5 COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?.....	7
5. COTISATIONS	8
5.1 <i>COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?</i>	8
5.2 LA REMISE COMMUNAUTAIRE	8
5.3 LES MODES DE PAIEMENT	8
5.4 QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES <i>COTISATIONS</i> ?.....	8
6. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT	9
6.1 COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	9
6.2 QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?	9
7. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	9
7.1 FRAIS DE SANTÉ	9
7.2 ASSISTANCE RAPATRIEMENT	11
7.3 RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE	14
7.4 CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE/DOUBLE EFFET	14
7.5 INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE	16
8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	17
9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	17

1. DÉFINITIONS

Parce que les terminologies employées en assurance sont techniques et pour vous aider à bien comprendre le fonctionnement de votre contrat, nous vous proposons de vous donner les définitions clés des termes utilisés.

A chaque fois que les termes suivants seront rédigés en italique et employés avec une majuscule, c'est qu'ils auront la signification suivante :

1.1 DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. En application de l'article L.1353 du code Civil français, il *Vous* appartient d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL International et qui paie les *Cotisations*.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.
- AUTORITÉ MÉDICALE** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où *Vous* vous trouvez.
- ATTESTATION D'ASSURANCE** : document que *Nous* remettons à l'Adhérent, confirmant son adhésion au contrat Ma Santé Internationale et mentionnant notamment les Assurés, la *Date d'effet*, les garanties et formules sélectionnées. L'Attestation d'assurance correspond aux conditions particulières du contrat.
- C 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 la justification de sa qualité est faite.
- COTISATION** : somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée sur l'Attestation d'assurance.
- 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, célibataire et fiscalement à charge jusqu'à 21 ans. Les enfants de moins de 28 ans, poursuivant des études et ne vivant pas sous le même toit, sont également couverts.
- EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- M MALADIE SOUDAINE** : toute altération de la santé constatée par une Autorité médicale compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.
- MALADIE PRÉEXISTANTE** : affection médicale qui s'est manifestée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion (incluant votre Questionnaire de santé). Est considérée comme *Maladie préexistante* toute affection de ce type dont *Vous* avez eu connaissance, ou dont *Vous* auriez raisonnablement pu avoir connaissance au moment de l'adhésion au présent contrat.
- N NOUS** : APRIL International Expat.
- P PAYS DE COUVERTURE** : le(s) pays qui figure(nt) sur votre Attestation d'assurance en tant que pays de destination et pays de couverture.
- PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».
- PAYS EXCLUS** : 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.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expat@april-international.com. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.
- S SINISTRE** : événement, maladie ou Accident mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

1.2 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

- A ACCORD PRÉALABLE** : les Hospitalisations et les actes médicaux supérieurs à 2 000 €/US\$ sont soumis à l'Accord préalable de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, *Vous* aurez donc à nous faire parvenir un devis détaillé et un formulaire appelé « Demande d'entente préalable ». En cas d'Hospitalisation, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « Attestation médicale confidentielle ».
- ASSURÉ, « VOUS »** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties frais de santé du présent contrat. C'est-à-dire *Vous* et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites sur l'Attestation d'assurance. Par membres de votre famille, il faut entendre votre Conjoint et vos Enfants à charge.
- ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE** : questionnaire médical à nous retourner impérativement complété par votre praticien avant toute Hospitalisation (ou le plus rapidement possible en cas d'Accident ou d'urgence) afin d'obtenir notre Accord préalable. Une Franchise de 20% sera retenue sur votre remboursement si cette formalité n'est pas respectée.
- C COMPLICATIONS DE GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT** : elles concernent d'une part, les complications qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse, et dans ce contexte seront couverts les cas suivants : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, pré-éclampsie, fausse couche, risques de fausse couche et enfant mort-né ou môle. Seront également couvertes les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire.
- COÛTS RAISONNABLES ET HABITUELS** : les coûts des frais de santé sont considérés comme étant raisonnables et habituels lorsqu'ils n'excèdent pas les tarifs habituellement pratiqués pour une prestation ou un traitement identique dans la localité où ils sont engagés. Les frais médicaux sont très variables selon les pays, voire entre les praticiens ou établissements d'une même localité : certains pratiquent des tarifs plus élevés que d'autres, à qualité de prestation équivalente. Pour éviter ce type d'abus, et grâce à une très bonne connaissance des systèmes de santé locaux, nous avons construit des bases de données constamment enrichies de tarifs de référence depuis plus de 20 ans, mises à jour chaque année.
- D DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée sur l'Attestation d'assurance.
- DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE** : formulaire à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre Accord préalable

- avant d'engager certains actes ou traitements.
- 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) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures, consécutivement à un *Accident* ou une maladie.
- HOSPITALISATION DE JOUR** : hospitalisation de moins de 24 heures pour laquelle un lit vous est attribué, sans que *Vous* ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.
- M** **MALADIES REDOUTÉES** : Accidents Vasculaires Cérébraux, Cancers, Diabète de type 1, Hépatite C, Infection VIH, Infarctus du myocarde, Insuffisance rénale chronique terminale, Légionellose, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Charcot, Maladie de Creutzfeldt-Jakob, Myocardiopathie, Myopathies, Polyarthrite évolutive chronique, Sclérose en plaques, SIDA.
- R** **RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation* (*Hospitalisation* de plus de 24 heures ou *Hospitalisation de jour*), sans avance de frais, si *Vous* êtes assuré au 1^{er} €/US\$ ou en complément de la CFE et sous réserve de l'étude de votre *Attestation médicale confidentielle*. *Vous* pouvez déclencher ce service en utilisant les numéros d'urgence mentionnés dans votre guide assuré ou en présentant votre carte d'assuré à l'établissement hospitalier.
- U** **URGENCE MÉDICALE** : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, soudaine et imprévisible nécessitant l'intervention d'un médecin sous 48h.
- V** **VACCINS LIÉS AUX VOYAGES** : Antirovirus (gastro-entérite), Choléra, Encéphalite à tiques, Encéphalite japonaise, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Hépatite C, Leptospirose, Méningite, Rage, Tuberculose.

1.3 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

- A** **ACTE DE TERRORISME OU DE SABOTAGE, ATTENTAT** : toute action clandestine, ayant une motivation idéologique et/ou politique, mise en œuvre à titre individuel ou collectif, dirigée contre des personnes ou des entités publiques ou privées afin :
- de mener une action criminelle destinée à nuire à la vie d'autrui ;
 - d'impressionner la population et d'instituer une atmosphère d'insécurité générale ;
 - de désorganiser le fonctionnement des transports publics ou de troubler le fonctionnement des entreprises ou des institutions fabriquant ou transformant des biens ou fournissant des services.
- AGRESSION** : toute atteinte corporelle subie involontairement par l'*Assuré*, provenant d'une action volontaire, soudaine et brutale d'une autre personne ou d'un groupe de personnes.
- ASSURÉ, « VOUS »** : personne physique expatriée, âgée de moins de 71 ans, bénéficiaire d'un contrat Ma Santé Internationale. Dans le cadre d'une adhésion famille, sont également assurés, pour autant qu'ils résident dans votre/vos *Pays de couverture* :
- votre *Conjoint*,
 - vos *Enfants à charge*.
- B** **BAGAGES** : les sacs de voyage, les valises, les effets ou objets personnels de l'*Assuré* qu'ils contiennent, ainsi que tout autre objet enregistré auprès d'un transporteur.
- C** **CONSOLIDATION** : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un *Accident* ou souffrant d'une maladie.
- D** **DOMMAGE CORPOREL** : toute atteinte physique subie par une personne.
- E** **ÉQUIPE MÉDICALE** : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'APRIL Assistance France.
- M** **MEMBRE DE LA FAMILLE** : vos *Conjoint*, enfant, frère, sœur, père, mère, beaux-parents, petits-enfants, grands-parents ou votre tuteur légal, domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.
- P** **PROCHE** : toute personne physique désignée par *Vous* ou l'un de vos ayants droit et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.

1.4 DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

- A** **ASSURÉ** : voir définition au paragraphe 1.2.
- D** **DOMMAGES CORPORELS** : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.
- DOMMAGES IMMATÉRIELS** : tous dommages autres que corporels et matériels et qui sont la conséquence directe et immédiate de *Dommages corporels* ou *matériels* assurés.
- DOMMAGES MATÉRIELS** : dommages portant atteinte à la structure ou à la substance de la chose et résultant d'un événement garanti.
- F** **FRANCHISE** : voir définition au paragraphe 1.2.
- R** **RESPONSABILITÉ CIVILE** : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

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

- A** **ASSURÉ, « VOUS »** : les personnes ayant souscrit cette garantie, qui figurent sur l'*Attestation d'assurance*.
- B** **BÉNÉFICIAIRE** : personne(s) physique(s) choisie(s) par l'*Assuré* pour recevoir les prestations d'assurance. Sauf stipulation contraire valable au jour du décès de l'*Assuré*, le capital garanti revient à son *Conjoint* survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou partenaire survivant avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et, à défaut à ses autres héritiers. Si l'*Assuré* désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite désigner un ou plusieurs autres *Bénéficiaires*, il doit désigner le ou les bénéficiaires de son choix et en faire la déclaration à l'assureur. Cette désignation peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche de(s) *Bénéficiaire(s)* désigné(s), l'*Assuré* doit indiquer, pour chaque *Bénéficiaire*, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance. Il est précisé que *Nous* mettons à disposition des *Assurés* un imprimé intitulé « Désignation de *Bénéficiaire* » comportant des recommandations utiles à l'attribution du bénéfice de l'assurance décès lors de leur adhésion ou en cas de changement de désignation ultérieure. **Toute désignation ou changement de désignation non porté à notre connaissance *Nous* est inopposable. *Nous* attirons l'attention de l'*Assuré* sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation de *Bénéficiaire(s)* particulier(s).** Avec l'accord de l'*Assuré*, toute attribution *Bénéficiaire* peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de l'adhésion au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit. Tant que l'*Assuré* est en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de l'*Assuré* et du *Bénéficiaire*, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'*Assuré* et du *Bénéficiaire*. L'acceptation n'est opposable à APRIL International que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir. **Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un Bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.**

Un acte sous seing privé est un acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de participants. L'acte sous seing privé peut ou non être enregistré auprès du service des impôts. Un acte authentique est un acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte. L'ouverture du droit des Bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour du décès de l'Assuré. Pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, le Bénéficiaire est l'Assuré.

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

- A ASSURÉ, « VOUS »** : les personnes ayant souscrit cette garantie, qui figurent sur l'Attestation d'assurance.
- C CONSOLIDATION** : stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation. L'état de santé sera également considéré comme consolidé dès lors qu'il est possible d'apprécier le taux d'invalidité permanente totale ou partielle.
- F FRANCHISE** : période d'arrêt de travail n'ouvrant pas droit aux indemnités versées par l'organisme assureur.

2. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit en fonction des offres et garanties sélectionnées une couverture santé :

- au 1^{er} €/US\$ **ou**
- en complément de la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) **ou**
- en complément de la Sécurité Sociale française (et tout régime obligatoire français).

La garantie assistance rapatriement de base est incluse dans votre garantie frais de santé. Vous pouvez souscrire en option les garanties suivantes :

- Assistance rapatriement complète et Responsabilité civile vie privée ;
- Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie ;
- Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale (cette garantie implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie).

OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Pour la garantie frais de santé et assistance rapatriement de base :

Les garanties sont acquises à l'année dans les *Pays de couverture* indiqués sur votre *Attestation d'assurance*.

Les garanties sont également valables en cas d'*Accident* ou d'*Urgence médicale* lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs dans le monde entier à l'exception des *Pays exclus*.

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

Pour les garanties assistance rapatriement complète, responsabilité civile vie privée, capital décès, perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :

Les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier (y compris dans votre *Pays de nationalité*), à l'exception des *Pays exclus*.

3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT

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

- être âgé, au moment de la *Date d'effet* du contrat, de :
 - moins de 71 ans pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée,
 - plus de 18 ans et moins de 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale,
- pour les garanties en complément de la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) ou de la Sécurité sociale, être affilié à la CFE et bénéficier à ce titre du régime maladie/maternité et du régime des accidents du travail de la CFE ou bénéficier de la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français) pendant la durée du contrat,
- pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, joindre lors de votre adhésion une copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
- pour la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, exercer une activité professionnelle, sans aménagement du temps ou des conditions de travail pour raison de santé,
- avoir répondu aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Questionnaire de santé au maximum trois mois avant la *Date d'effet* du contrat.

Cas particulier en cas de destination France (D.R.O.M. inclus) - Protection Universelle Maladie (PUMA)

Si *Vous* résidez en France de manière stable et ininterrompue pour plus de 3 mois et/ou que *Vous* y exercez une activité salariée ou non salariée, *Vous* êtes susceptible de bénéficier de la protection universelle maladie qui vous garantit un droit à la prise en charge de vos frais de santé, de la part de la Sécurité sociale française.

Si *Vous* souscrivez un contrat APRIL au premier euro, et que *Vous* remplissez par la suite les conditions pour être couvert par la PUMA, *Nous* pourrions vous proposer une couverture complémentaire à la PUMA et faire évoluer votre contrat.

C'est à *Vous* qu'il revient de vérifier si vous êtes concerné et éligible à la PUMA. Pour plus d'information sur les conditions d'affiliation, rendez-vous sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

Peuvent également être couverts par ce contrat les membres de votre famille (s'ils sont mentionnés sur votre Attestation d'assurance) tant que les conditions suivantes sont remplies, à savoir :

Pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée :

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

Nouveau-né : la déclaration de naissance doit nous être adressée dans le mois qui suit la naissance. À défaut, un Questionnaire de santé sera demandé et l'adhésion du nouveau-né ne pourra prendre effet qu'au plus tôt dans les 30 jours suivant notre acceptation médicale.

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 Questionnaire de santé.

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

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

4.1 QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

À la date indiquée sur l'*Attestation d'assurance* et au plus tôt le jour de la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Questionnaire de santé de l'ensemble des *Assurés* complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*. Si vous avez opté pour une couverture en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française, votre couverture sera effective sous réserve de l'ouverture des droits auprès de votre régime de base. Si votre dossier nécessite une étude médicale, votre contrat débutera au plus tôt le jour de votre acceptation médicale.

4.2 LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT :

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

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

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

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

Cette abrogation des *Délais d'attente* est soumise à notre accord suite à l'étude du Certificat de radiation que *Vous* nous aurez transmis accompagné du détail des garanties dont *Vous* bénéficiez précédemment.

4.3 DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période de 12 mois. Elle est renouvelée par tacite reconduction à la date anniversaire de votre contrat, pour une durée d'un an, tant que les conventions mises en place avec les assureurs du contrat restent en vigueur.

Vous pouvez renouveler vos garanties chaque année, quel que soit votre âge, votre état de santé ou le niveau de vos dépenses médicales. L'adhésion aux garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée est valable aussi longtemps que *Vous* le souhaitez, c'est-à-dire que les assureurs ne pourront pas résilier votre contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe 4.4.

Nous nous engageons à informer l'*Adhérent* des éventuelles modifications des garanties, niveaux de remboursement, exclusions et conditions de gestion du contrat (trois mois avant chaque échéance anniversaire), ainsi que des éventuelles modifications tarifaires (deux mois avant chaque échéance anniversaire). La *Cotisation* peut évoluer à la date anniversaire de votre contrat selon votre âge, votre *Pays de couverture*, votre niveau de garanties ou de *Franchise*.

Tout changement apporté à la couverture proposée ou aux conditions de gestion du contrat prendra effet lors de la date anniversaire du contrat. Sans réponse de votre part sous 30 jours, le contrat sera automatiquement renouvelé pour une durée d'un an, sous condition suspensive de réception du règlement correspondant.

4.4 LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle (date anniversaire du contrat), par lettre recommandée, par email ou via son Espace Client en ligne avec un préavis de 60 jours ;
- b) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle (date anniversaire du contrat), par lettre recommandée, par email ou via son Espace Client en ligne avec un préavis de 30 jours suivant la réception des nouvelles conditions de couverture (hors revalorisation tarifaire) ;

- c) en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 5.4) ;
- d) en cas de dénonciation de la convention par l'assureur ou l'Association des Assurés d'APRIL International à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;
- e) dès que *Vous* cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 3). La résiliation interviendra au terme de la période en cours et au plus tard dans les 30 jours après réception de la notification, sous réserve de réception d'un justificatif ;
- f) en cas de souscription de la couverture en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française, dès que *Vous* n'êtes plus affilié à la CFE ou à la Sécurité sociale française (ou à un régime équivalent français). Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la notification écrite reçue par notre Service Suivi Client ;
- g) dès que *Vous* atteignez l'âge de 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

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

Sanctions en cas de fausse déclaration

Qu'il s'agisse des déclarations à faire à l'adhésion ou de celles qui doivent être faites en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte dans la déclaration du risque, entraîne l'application, suivant les cas, des dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français. En outre, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du *Sinistre*, omission de déclaration des autres assurances cumulatives, emploi comme justificatifs de documents inexacts, ou utilisation de moyens frauduleux expose l'Assuré et l'Adhérent à une déchéance de garanties et à la résiliation du contrat. Nous nous réservons la possibilité d'engager toute action en justice afin de réparer le préjudice qui nous a été causé. Il vous sera demandé de rembourser l'ensemble des prestations qui vous a été indûment réglé au titre du présent contrat.

4.5 COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

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

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

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

Si l'Adhérent a adhéré à distance (par téléphone ou par internet) :

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

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

La signature de la Demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'*Adhérent*. L'*Adhérent* peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours suivant la date de réception de l'*Attestation d'assurance*. La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. L'*Adhérent* sera alors remboursé des sommes qu'il aura éventuellement réglées dans un délai de 30 à 90 jours à compter de la date de réception de la demande. Si l'Assuré demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de 30 jours, le droit de renonciation n'est plus applicable.

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

L'*Adhérent* doit nous informer de sa décision de renonciation à son contrat par une déclaration dénuée d'ambiguïté dans les délais indiqués ci-dessus.

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 24 ou d'adresser à APRIL International Expat une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse)

déclare renoncer à mon adhésion au contrat « *Ma Santé Internationale* » n°.....

Fait à le.....

Signature

En cas de renonciation, l'*Adhérent* ne peut être tenu qu'au paiement de la *Cotisation* correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Nous sommes tenus de rembourser à l'*Adhérent* le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la *Cotisation* reste due si l'*Adhérent* exerce son droit de renonciation alors qu'un *Sinistre* mettant en jeu la garantie du contrat est intervenu pendant le délai de renonciation.

5. COTISATIONS

L'adhésion au présent contrat ne vous dispense pas de cotisations dues au régime obligatoire dont Vous pourriez relever.

5.1 COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

La *Cotisation* évolue chaque année à la date anniversaire du contrat en fonction de l'âge de l'Assuré.

L'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul des *Cotisations* de la première année est l'âge de l'Assuré à la *Date d'effet* du contrat. Pour chaque année suivante, l'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul des *Cotisations* est l'âge de l'Assuré à la date anniversaire du contrat.

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*.

La *Cotisation* peut évoluer à la date anniversaire du contrat en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint, de la profession, du pays de résidence, des garanties et des formules sélectionnées. L'état de santé de l'Assuré ainsi que ses dépenses médicales ne sont pas pris en compte dans le calcul de sa *Cotisation*.

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

5.2 LA REMISE COMMUNAUTAIRE

La remise communautaire permet à ses membres adhérents de bénéficier d'une réduction sur la *Cotisation* totale annuelle de leur contrat. Les membres d'une même famille (*Assuré principal*, *Conjoint* et *Enfant à charge*) ne peuvent pas bénéficier de cette remise.

Cette remise varie selon le nombre de contrats appartenant à la communauté et s'applique selon les règles suivantes :

- pour 2 contrats dans une communauté la remise appliquée est de 2%.
- pour 3 contrats dans une communauté la remise appliquée est de 4%.
- pour 4 contrats dans une communauté la remise appliquée est de 6%.
- pour 5 contrats dans une communauté la remise appliquée est de 8%.
- pour 6 et plus contrats dans une communauté la remise appliquée se maintient au niveau de 10%.

Cette remise s'applique sur la *Cotisation* totale annuelle de chaque contrat, pendant toute la durée de vie du contrat.

Chaque communauté est identifiée en tant que telle grâce à un code de parrainage unique, indiqué lors de l'adhésion.

La communauté peut être amenée à évoluer en cas de nouvelle adhésion ou de départ (résiliation) d'un membre (contrat). La cotisation et le taux de remise seront automatiquement ajustés à la hausse ou à la baisse selon les règles suivantes.

L'ÉVOLUTION DE LA REMISE EN CAS D'UN NOUVEAU MEMBRE (CONTRAT) RATTACHÉ A LA COMMUNAUTÉ

Si un nouveau membre (contrat) est rattaché à la communauté, celui-ci bénéficie de la remise dès le début de son contrat. Sa 1^{ère} cotisation tient compte de sa remise communautaire.

Les contrats déjà existants dans la communauté bénéficient du nouveau taux de remise. Le taux de remise à appliquer est actualisé après un délai de rétractation de 30 jours à compter de la *Date d'effet* du contrat du nouveau membre.

Si le membre existant avait déjà réglé la *Cotisation*, l'actualisation de celle-ci pour tenir compte du nouveau taux de remise se fait sous forme de remboursement. Ce remboursement est calculé au prorata du montant de la *Cotisation* déjà payé par l'Adhérent pour l'Année d'assurance en cours et la nouvelle *Cotisation*. Le montant de la *Cotisation* est également actualisé pour les échéances suivantes.

L'ÉVOLUTION DE LA REMISE EN CAS DE RÉSILIATION D'UN CONTRAT DE LA COMMUNAUTÉ

Quand un contrat est résilié, le taux de la remise pour les contrats restants dans la communauté évolue en fonction des règles listées ci-dessus à partir de la prochaine échéance quel qu'en soit le fractionnement.

5.3 LES MODES DE PAIEMENT :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en euros ou en dollars USD, annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent :

- carte bancaire,
- chèque en euro ou dollars,
- virement bancaire,
- prélèvement SEPA (compte en euro domicilié dans un des pays de la zone SEPA).

Le règlement mensuel n'est disponible qu'en cas de paiement par prélèvement SEPA.

5.4 QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 60 jours de son échéance, Nous adresserons à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties. Après un nouveau délai de 10 jours, Nous résilierons de plein droit le contrat. En outre, Nous pourrions réclamer en justice le paiement des *Cotisations* restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la *Cotisation* deviendra exigible immédiatement pour l'année entière, conformément au Code des assurances français.

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

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les

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

6. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

6.1 COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

L'*Adhérent* peut modifier à tout moment les garanties et formules qu'il a choisies initialement. La prise d'effet se fait au plus tôt 30 jours suivant la réception de sa demande de modification, sauf en cas de demande de modification du montant de la *Franchise* annuelle ou de la devise du contrat. Dans ces 2 cas, la modification prend effet à la prochaine date anniversaire du contrat.

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

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

Il est toutefois précisé que le changement pour une formule offrant des montants de remboursements inférieurs est possible uniquement après 1 année d'adhésion à la précédente formule (sauf en cas de modification de la situation de famille ou en cas de changement du *Pays de destination*).

6.2 QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?

L'*Assuré* et l'*Adhérent* doivent nous informer par écrit de tout changement de statut, de situation, de coordonnées (**par défaut les communications adressées aux dernières coordonnées connues produiront tous leurs effets**) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

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

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'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

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

7.1 FRAIS DE SANTÉ :

Les frais de santé sont pris en charge dans la limite des *Frais réels* et des *Coûts raisonnables et habituels* compte tenu du pays dans lequel ils sont pratiqués.

7.1.1 NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé médicalement justifiées pour des actes mentionnés au tableau des garanties (voir Annexe 1), prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée.

En cas de couverture en complément de la CFE ou d'un régime d'assurance de base français :

Seules les dépenses de santé prises en charge par la CFE ou la Sécurité sociale française sont garanties (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties). Les garanties sont exprimées avec la participation de votre régime d'assurance de base français (Sécurité sociale française ou régime équivalent français) ou de la Caisse des Français de l'Étranger. Nous intervenons après participation de votre régime d'assurance de base.

Les frais sont remboursés poste par poste selon l'offre, les garanties et le niveau de remboursement choisis, conformément au tableau des garanties (voir Annexe 1). Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro ou le dollar USD, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de survenance du *Sinistre*. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de couverture pourront être indemnisés.

Quatre offres « frais de santé » sont proposées selon votre niveau d'exigence : Emergency, Essential, Comfort et Premium.

En fonction de chaque offre, l'*Adhérent* a le choix entre les garanties suivantes :

Emergency

Hospitalisation et assistance rapatriement de base

Essential

Hospitalisation et assistance rapatriement de base

Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante

Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante + Optique dentaire

Comfort et Premium :

Hospitalisation et assistance rapatriement de base

Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante
Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante + Optique dentaire
Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante + Maternité
Hospitalisation et assistance rapatriement de base + Médecine courante + Maternité + Optique dentaire

L'offre, les garanties, le niveau de *Franchise* et le niveau de remboursement sélectionnés par l'*Adhérent* sont portés sur son *Attestation d'assurance*.

Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné, par *Assuré* et par *Année d'assurance*, au montant indiqué au tableau des garanties pour chacune des offres (voir Annexe 1).

En cas de couverture en complément de la CFE ou d'un régime d'assurance de base français :

Toute indemnité ou prestation de même nature versée par la CFE ou par la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français) ou tout organisme public ou privé en France et à l'étranger, sera déduite du remboursement effectué par l'assureur.

Fonctionnement des *Franchises* :

Les *Franchises* ne sont pas disponibles pour l'offre Emergency ou en cas de choix de couverture en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française.

Si *Vous* avez opté pour une *Franchise* annuelle, toute dépense engagée jusqu'au montant de la *Franchise* sélectionnée sera à votre charge. La *Franchise* s'applique par *Année d'assurance* et par *Assuré*, pour l'ensemble des garanties frais de santé sélectionnées.

Afin de pouvoir calculer le montant de la *Franchise* déjà consommée, *Nous* vous demandons de nous envoyer systématiquement les factures de tous les frais de santé engagés. Dans le calcul du montant de la *Franchise* consommée *Nous* tenons compte du plafond indiqué dans le tableau de garanties pour le type d'acte engagé, en fonction de l'offre dont *Vous* bénéficiez. Si le type d'acte engagé est exclu de la couverture de votre contrat, les dépenses correspondantes ne seront pas prises en compte.

En cas de choix d'une *Franchise*, *Vous* ne pouvez pas bénéficier de la carte Caremark (tiers-payant pharmaceutique).

7.1.2 QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION ?

Toute *Hospitalisation* (y compris la maternité) est soumise à *Accord préalable*.

Pour obtenir cet *Accord préalable*, *Vous* devez faire compléter par votre praticien un formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* » 5 jours au plus tard avant votre admission à l'hôpital.

En cas d'*Hospitalisation* d'urgence, veuillez nous contacter dès que possible afin que vous soit transmis ce formulaire.

Ce formulaire, détaillant le motif de votre *Hospitalisation*, 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) doit être adressé à notre Médecin Conseil, accompagné de toute autre pièce médicale utile à l'étude de votre dossier.

Si cette formalité d'*Accord préalable* n'est pas respectée, une *Franchise* de 20% sera retenue sur le remboursement de votre facture (sauf en cas d'*Accident* ou d'*Urgence médicale*).

7.1.3 COMMENT PROCÉDER À UNE *DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE* AVANT D'ENTAMER CERTAINS SOINS ?

Toute dépense médicale égale ou supérieure à 2 000 €/US\$ est soumise à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant d'engager ces dépenses, *Vous* aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira les soins une *Demande d'entente préalable* accompagnée d'un devis détaillé.

En cas de grossesse, veuillez nous adresser un document attestant de votre état.

Si cette formalité de *Demande d'entente préalable* n'est pas respectée, une *Franchise* de 20% sera retenue sur le remboursement de votre facture (sauf en cas d'*Accident* ou d'*Urgence médicale*).

7.1.4 CONDITIONS A RESPECTER POUR PROCÉDER A UNE *DEMANDE DE REMBOURSEMENT*

Vous devez impérativement **conserver les factures originales (et autres justificatifs) pendant une période de 2 ans** à compter de la date à laquelle *Vous* avez effectué la demande de remboursement. Elles pourraient vous être réclamées pour le traitement de votre demande.

Dans tous les cas, veuillez joindre à votre demande les documents suivants :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais acquittés, 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 ;
- si les soins nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire *Demande d'entente préalable* accepté par nos services médicaux ;
- en cas d'*Hospitalisation*, *Vous* devez également joindre à votre demande le compte-rendu hospitalier ainsi que le formulaire d'*Attestation médicale confidentielle* complété par votre médecin. Veuillez également vous assurer que votre facture détaille le coût de la chambre privée ou semi-privée.

Nous nous réservons la possibilité de demander tout autre justificatif qui nous paraîtrait nécessaire afin de s'assurer que vos soins sont couverts au titre du présent contrat.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, veuillez nous avertir dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

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

7.2 ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

2 niveaux de couverture sont proposés :

- Assistance rapatriement de base : incluse dans votre garantie Frais de santé
- Assistance rapatriement complète : disponible en option.

Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?

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

CONDITIONS D'APPLICATION

APRIL 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.

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

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

APRIL 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.

7.2.1 ASSISTANCE RAPATRIEMENT DE BASE

RAPATRIEMENT SANITAIRE

En cas d'*Accident* ou de *Maladie soudaine*, les médecins d'APRIL 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 Assistance recommande votre rapatriement, APRIL Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son *Équipe médicale*.

La destination du rapatriement est :

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

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

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

RAPATRIEMENT DES AUTRES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE RAPATRIEMENT SANITAIRE DE L'ASSURÉ

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

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

ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS

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

7.2.2 ASSISTANCE RAPATRIEMENT COMPLÈTE

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

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'*Hospitalisation* locale est supérieure à 6 jours consécutifs, APRIL Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour se rendre sur place. Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* majeur. APRIL Assistance organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) pendant **10 jours maximum à raison de 80 €/US\$ par nuit.**

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

GARDE DES ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE DIX HUIT ANS

Lors d'une Hospitalisation de l'*Assuré* alors que les *Enfants à Charge* ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par un *Membre de la famille*, l'*Assureur* prend en charge :

- La garde des *Enfants à Charge* au domicile de l'*Assuré* dans la limite de **20 heures maximum** ;
- La prise en charge est **limitée à 500€/US\$** pour l'ensemble de la prestation.

RETOUR OU GARDE DE L'ANIMAL DOMESTIQUE EN CAS DE RAPATRIEMENT DE L'ASSURÉ

APRIL Assistance organise et prend en charge le retour de l'animal domestique en cas de rapatriement de l'Assuré et de tous les Membres de sa famille vers le Pays de nationalité (ou le pays d'origine si différent) ou le pays de résidence. Le rapatriement ainsi que les moyens les mieux adaptés sont décidés et choisis par APRIL Assistance. **La prise en charge de ce rapatriement est limitée à 500€/US\$,** et ce, quel que soit le nombre d'animaux domestiques à rapatrier.

APRIL Assistance ne sera pas tenu responsable si ce rapatriement ne peut être organisé du fait de la législation en vigueur dans le pays de détachement ou d'expatriation ou du fait d'une interdiction des autorités locales pour quelques raisons que ce soit. Cette prestation ne peut, en aucun cas, être accordée dans le cas d'un retour d'un animal sauvage.

Garde des animaux domestiques :

Lors d'une Hospitalisation de l'Assuré si les animaux domestiques ne peuvent être pris en charge, l'assureur prend en charge les frais d'hébergement dans un établissement de garde approprié pendant la durée de votre séjour à l'hôpital, **à concurrence de 500 €/US\$** quel que soit le nombre d'animaux domestiques.

AIDE-MÉNAGÈRE

L'Assureur prend en charge la mise à disposition d'une aide-ménagère, pour effectuer les travaux ménagers à votre domicile, soit dès votre retour de l'hôpital, soit dès la date de votre Hospitalisation, soit durant votre immobilisation au domicile.

L'assureur rembourse le coût de l'aide-ménagère à concurrence de **10 heures**, réparties à votre convenance pendant le mois qui suit la date de votre Hospitalisation ou de votre retour à domicile ou pendant votre immobilisation au domicile, avec **un maximum de 250 €/US\$**.

FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

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

Cette garantie intervient en complément ou après épuisement de toute garantie similaire dont Vous pouvez bénéficier par ailleurs.

Dans tous les cas, la garantie est limitée à **un maximum de 5 000 €/US\$ par personne et 15 000 €/US\$ par événement.**

RAPATRIEMENT EN CAS D'UN ACTE DE TERRORISME OU DE SABOTAGE, D'UN ATTENTAT OU D'UNE AGRESSION

Si l'Assuré est victime d'un Acte de terrorisme ou de sabotage, d'un Attentat ou d'une Aggression, ayant entraîné des Dommages Corporels ou un état de choc, APRIL Assistance organise le rapatriement de l'Assuré vers son Pays de nationalité (ou le pays d'origine si différent).

Le rapatriement, ainsi que les moyens les mieux adaptés, sont décidés et choisis par APRIL Assistance.

EVACUATION POLITIQUE ET CATASTROPHES NATURELLES

Si l'Assuré, sur les conseils des autorités locales ou de celles de son Pays de nationalité, en raison d'événements rendant le régime politique instable ou en raison de catastrophes naturelles (tels qu'un tremblement de terre, une inondation), est obligé de quitter son lieu d'expatriation, il transmet à APRIL Assistance, à son retour dans son Pays de nationalité, tous les justificatifs lui permettant de se faire rembourser le coût du retour jusqu'à concurrence du prix d'un billet d'avion aller simple (classe économique) ou de train (1^{ère} classe), **jusqu'à maximum 1 500 €/US\$.**

L'Assuré devra apporter la preuve que, suite à des événements rendant le régime politique instable ou suite à un événement de catastrophes naturelles, le Ministère des Affaires Etrangères classe la zone dans laquelle il est domicilié en zone rouge "formellement déconseillée".

Cette garantie ne peut pas être prise en charge dans les Pays exclus.

RAPATRIEMENT DU CORPS EN CAS DE DÉCÈS ET FRAIS DE CERCUEIL

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

APRIL Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. Les frais de cercueil liés au transport organisé par le service assistance sont pris en charge **à concurrence de 1 500 €/US\$ 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 Assistance.

RETOUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE ASSURÉS

En cas de rapatriement du corps de l'Assuré, APRIL Assistance organise le retour au domicile des Membres de la famille assurés qui voyagent avec lui.

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

RETOUR APRÈS CONSOLIDATION DANS VOTRE PAYS DE COUVERTURE

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

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

PRÉSENCE D'UN PROCHE AUPRÈS DU DÉFUNT

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

Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si l'Assuré était seul sur place au moment de son décès. APRIL Assistance organise l'hébergement sur place et prend en charge les frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) d'un Membre de la famille ou d'un Proche pour **une durée de 4 nuits consécutives maximum à concurrence de 50 €/US\$ par nuit.**

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

RECHERCHE ET ENVOI DE MÉDICAMENTS INTROUVABLES SUR PLACE

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

France.

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

Cette prestation est acquise pour les demandes ponctuelles. En aucun cas, elle ne peut être accordée dans le cadre de traitements de longue durée qui nécessiteraient des envois réguliers ou d'une demande de vaccin. Le coût des médicaments est à votre charge, sauf s'ils sont couverts sous la garantie frais de santé dont *Vous* bénéficiez. *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.

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

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

APRIL Assistance prend en charge les frais d'avocat sur place à concurrence de 1 500 €/US\$ maximum par événement.

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

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

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

Vous êtes tenu de rembourser cette avance à APRIL Assistance :

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

ASSISTANCE VOYAGE

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

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

APRIL Assistance peut procéder à une avance à concurrence de 1 500 €/US\$ par événement afin de vous permettre d'effectuer vos achats de première nécessité.

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

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

TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

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

PERTE, DETERIORATION OU DESTRUCTION DES BAGAGES PERSONNELS

L'assureur garantit pendant les voyages effectués par l'*Assuré* la perte, la détérioration ou la destruction totale ou partielle des *Bagages*.

La garantie de l'assureur n'est acquise que dans les cas suivants :

- la perte, la détérioration et la destruction se réalise alors que le *Bagage* est sous la responsabilité d'un transporteur et qu'il a fait l'objet d'un enregistrement,
- la perte, la détérioration et la destruction est la résultante d'un phénomène catastrophique tel qu'un incendie, une inondation, un effondrement ou un *Acte de terrorisme*.

Limite de la garantie

L'assureur garantit les *Bagages* à hauteur de 1 000 €/US\$.

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

APRIL Assistance met à votre disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe en cas de décès ou d'*Hospitalisation* supérieure à 5 jours d'un *Membre de votre famille* dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent). Le voyage aller doit obligatoirement se faire dans les 8 jours suivant la date du décès ou de l'*Hospitalisation*.

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

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

Afin de bénéficier de cette garantie, *Vous* devez impérativement contacter APRIL Assistance afin d'obtenir son accord préalable. Dans le cas contraire, APRIL Assistance se réserve la possibilité de refuser le remboursement des billets que *Vous* auriez *Vous-même* achetés.

TRADUCTIONS DE DOCUMENTS LÉGAUX OU ADMINISTRATIFS

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

LIMITATIONS DE GARANTIE

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

7.3 RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie couvre les conséquences financières des dommages dont Vous et les membres de votre famille assurés seraient reconnus responsables au cours de la vie privée y compris sur le trajet « domicile-lieu de travail » et retour, en dehors de toute activité professionnelle. La garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un **dommage causé à autrui** pendant la durée du voyage et du séjour en dehors du Pays de nationalité vous incombe ainsi qu'à toute personne pour laquelle Vous devez répondre.

PLAFONDS DE LA GARANTIE

Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs : **jusqu'à 7 500 000 €/US\$ par Sinistre et par Année d'assurance** dont :
Dommages matériels et immatériels consécutifs : **jusqu'à 750 000 €/US\$ par Sinistre et par Année d'assurance. Franchise de 150 €/US\$ par Sinistre,**

Dommages des tiers : **jusqu'à 150 000 €/US\$ par Sinistre et par Année d'assurance. Franchise de 150 €/US\$ par Sinistre.** Les dommages comprennent également les incendies, explosions et dégâts des eaux causés aux tiers dans les bâtiments que Vous avez pris en location ou empruntés pour l'organisation de cérémonies familiales.

Comment bénéficiaire de la garantie ?

Vous devez déclarer, par lettre recommandée à l'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.

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'assureur.

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

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et avez obtenu une solution plus favorable que celle qui a été proposée par l'assureur ou par la tierce personne mentionnée ci-dessus, l'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 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'assureur. Si Vous ne connaissez pas d'avocat, l'assureur peut en mettre un à votre disposition. Ce libre choix s'exerce également lorsque survient un conflit d'intérêt entre Vous et l'assureur.

Procédure - Transactions

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

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

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

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

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

7.4.1 GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

a) Choix et montant du capital

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

Le choix du montant du capital garanti varie entre 20 000 €/US\$ et 500 000 €/US\$. Le montant de ce capital est fixé librement par l'Adhérent. Ultérieurement, l'Adhérent a la possibilité d'opter pour un montant différent ; en cas de choix de capital supérieur, des formalités médicales seront demandées.

b) Garantie décès toutes causes

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

choisi.

c) Garantie décès par Accident

Si *Vous* décédez consécutivement à un *Accident*, l'assureur verse un capital supplémentaire égal à 100% du capital choisi et versé au titre de l'alinéa b) ci-dessus.

La garantie s'applique à condition que le décès survienne, au plus tard, six mois après l'Accident.

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

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

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

À réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des *Bénéficiaire(s)*, *Nous* disposons d'un délai de quinze (15) jours pour réclamer au(x) *Bénéficiaire(s)* l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

À réception de l'entier dossier et si l'indemnisation est due, *Nous* procéderons au règlement du capital dans un délai de trente (30) jours. À défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la législation en vigueur.

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article L. 132-23-1 du Code des assurances, le capital dû en cas de décès, à l'exclusion des éventuelles prestations supplémentaires liées à son caractère accidentel, est revalorisé de plein droit par l'assureur dans les conditions suivantes :

Le capital garanti produit intérêt à compter de la date du décès.

Cet intérêt, net de frais, est fixé pour chaque année civile, au taux minimum défini par la réglementation soit, à la date de souscription du présent contrat, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du Taux Moyen des Emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1er novembre de l'année précédente.
- le dernier Taux Moyen des Emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1er novembre de l'année précédente.

La revalorisation cesse à la date de réception des pièces justificatives nécessaires au règlement ou, le cas échéant, à la date de dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances.

7.4.2 GARANTIE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

a) Définition de la garantie

Perte totale et irréversible d'autonomie : votre inaptitude totale et irrémédiable médicalement constatée à tout travail ou occupation pouvant vous procurer gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire. La perte totale et irréversible d'autonomie, due à une maladie ou un *Accident* garanti(e) au titre du présent contrat et constatée avant votre 65^{ème} anniversaire, est assimilée au décès. Le capital assuré en cas de décès, déterminé par référence à la date de constatation médicale de la perte totale et irréversible d'autonomie, vous est versé par anticipation.

Pour ouvrir droit à la garantie, votre perte totale et irréversible d'autonomie doit être consolidée avant votre mise à la retraite et au plus tard avant votre 65^{ème} anniversaire.

Le versement du capital décès par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à votre garantie décès (à l'exception de la garantie Double effet).

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

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

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

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

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

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

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

Mode de règlement du capital

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

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

a) Définition de la garantie

Si votre *Conjoint* décède avant l'âge de 65 ans, que cet événement se produit simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent votre décès) ou postérieurement à votre décès (dans les 6 mois suivant votre décès), un capital est versé au profit du ou des

bénéficiaires désignés ou à défaut au profit des bénéficiaires de droit.

Le montant de ce capital est fixé à 50% du capital défini à l'alinéa b) du paragraphe 7.4.1 et versé lors du décès de votre *Conjoint*.

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

Les pièces justificatives nécessaires au paiement comprennent notamment :

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

Le règlement des sommes dues est effectué dans les conditions prévues au paragraphe 7.4.1.

Attribution du bénéfice du capital : le capital garanti revient au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à défaut aux bénéficiaires de droit.

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

a) Exonération du paiement des *Cotisations*

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

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

Vous êtes considéré en arrêt total et continu de travail si *Vous* vous trouvez en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité totale permanente tel que défini au paragraphe 7.5.2, reconnu par l'assureur.

b) Maintien des garanties

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

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

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

En cas de résiliation de la convention d'assurance, les garanties sont maintenues au montant atteint à la date de résiliation.

7.5 INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :

La sélection de cette garantie implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie prévue au paragraphe 7.4 et l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée.

Si *Vous* avez opté pour une assurance en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française, *Nous* intervenons après la participation de votre régime d'assurance de base français (Sécurité sociale française ou régime équivalent français) ou de la Caisse des Français de l'Étranger. Si *Vous* êtes adhérent à la CFE, *Vous* devez donc avoir au préalable souscrit à l'option indemnités journalières/capital décès de la CFE.

Si votre situation n'ouvre pas droit au remboursement de votre régime de base, *Nous* intervenons au 1^{er} euro/dollar USD sous réserve que *Vous* nous présentiez préalablement un justificatif de non prise en charge de votre régime d'assurance de base français.

7.5.1 OBJET DE LA GARANTIE

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

7.5.2 DÉFINITIONS

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

Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un *Accident* entraînant l'impossibilité physique totale ou partielle, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, de vous livrer à l'exercice normal de votre profession ou d'une profession vous procurant un traitement équivalent à celui que *Vous* receviez avant l'arrêt de travail consécutif à la maladie ou à l'*Accident*.

7.5.3 MONTANT DES PRESTATIONS

a) Incapacité temporaire

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

Le total mensuel des indemnités journalières ne peut être supérieur à 100% de votre salaire net mensuel (limité à 70% de votre revenu net mensuel en cas de création d'entreprise ou de reprise d'activité depuis moins d'un an).

Si vous avez opté pour une assurance en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française, le total mensuel des

indemnités journalières perçu par votre régime de base et au titre du contrat Ma Santé Internationale ne peut être supérieur à

100% de votre salaire net mensuel (limité à 70% de votre revenu net mensuel en cas de création d'entreprise ou de reprise d'activité depuis moins d'un an).

b) Invalidité permanente

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

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

L'invalidité est appréciée par expertise médicale. Afin que l'expert médical désigné par l'assureur puisse déterminer un taux d'invalidité fonctionnelle physique ou mentale et professionnelle, il doit y avoir, au préalable, *Consolidation* de votre état de santé.

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

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

À partir du taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle, le taux d'invalidité est déterminé d'après le barème d'invalidité ci-après. Le montant de la rente sélectionnée par l'*Adhérent* est indiqué sur l'*Attestation d'assurance*, soit 360 fois le montant de l'indemnité journalière sélectionnée.

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

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

BARÈME D'INVALIDITÉ

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

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

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

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

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

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

b) Paiement des prestations

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

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

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

c) Reprise de travail inférieure à deux mois

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

d) Revalorisation des prestations

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

Elles sont revalorisées de 2% au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des possibilités du fonds de revalorisation. Cette revalorisation sera maintenue au niveau atteint en cas de résiliation du contrat.

7.5.7 FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

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

- d'un certificat médical précisant la date d'arrêt de travail et la durée probable de l'incapacité et de la nature de la maladie ou de l'*Accident* ;
- d'un justificatif de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée ;
- pour les *Assurés* salariés : d'une déclaration de *Sinistre* de votre employeur et d'une attestation de salaire brut sur les 12 derniers mois incluant les primes et bonus perçus, les coordonnées de votre employeur ;
- pour les *Assurés* non-salariés : de la copie de la déclaration d'imposition sur le revenu de l'année précédente. L'assureur se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.
- pour les adhérents en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française, d'un justificatif de prise en charge de votre régime de base.

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

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

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

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

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 8.6 ci-après, sont exclus de la garantie frais de santé :

- toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la *Date d'effet* du contrat ou pendant les *Délais d'attente* ;
- les affections antérieurement déclarées faisant l'objet d'une exclusion à l'adhésion ;
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée ;
- pour les *Assurés* en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française, toute dépense d'ordre médical et chirurgical qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- 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 (hormis ceux prévus au tableau des garanties) 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 terrestre jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les traitements de psychothérapie et les traitements ambulatoires (consultation, médicaments, tests de diagnostic et analyses) relatifs aux :
 - troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues, d'alcool et d'autres substances psycho-actives ;
 - troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie, somnambulisme), troubles du rythme veille-sommeil ;
- les médecines douces ou alternatives (hormis celles prévues au tableau des garanties) ;
- 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, les cures thermales et les thalasso thérapies ;
- 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 séjours en maison de repos ou de convalescence ne faisant pas suite à une *Hospitalisation* liée à une *Maladie redoutée* ou un *Accident* ;
- les hormones de croissance ;
- les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- les lunettes et lentilles sans correction visuelle ;
- l'automutilation ;
- toute dépense non médicalement nécessaire ;
- les traitements non reconnus par les *Autorités médicales* du pays dans lequel ils se déroulent.

8.2 EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT (BASE ET COMPLETE) :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.6 ci-après, ne sont pas garantis au titre de la garantie assistance rapatriement les frais résultant des faits ou événements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit, et ne pourront donner lieu à l'intervention d'APRIL Assistance) :

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

Ne sont pas pris en charge :

- les frais médicaux ;
- les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- les frais de contraception et de traitement de la stérilité ;
- les frais de lunettes, de verres de contact ;
- les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'*Assuré* ;
- les événements survenus du fait de la participation de l'*Assuré* en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires ;
- les conséquences résultant de tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier la dépression nerveuse ou l'anxiété
- les frais résultant d'un état de grossesse, de maternité et ses complications, de l'accouchement et de ses complications, du traitement de la stérilité de la grossesse ainsi que de l'interruption de grossesse.

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

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

Exclusions spécifiques à la garantie PERTE, DETERIORATION OU DESTRUCTION DES BAGAGES PERSONNELS :

- les prothèses dentaires, optiques ou autres, les lunettes, les verres de contacts ;
- les espèces, papiers personnels, documents commerciaux, documents administratifs, chèques de voyage, cartes de crédit, billets d'avion, titres de transport et "vouchers" ;
- les *Dommages* causés par usure normale, vétusté, vice propre du bagage ;
- les détériorations occasionnées par les mites ou vermines ou par un procédé de nettoyage, de réparation ou de restauration, de mauvaise manipulation du bagage du fait de l'*Assuré* ;
- les *Dommages* résultant de confiscation, saisie ou destruction par ordre d'une autorité administrative ;

- les objets de valeur, les bijoux et les fourrures ;
- les clés et tout autre objet assimilé (exemple : cartes ou badges magnétiques) ;
- tout bagage ou effet personnel laissé sans surveillance par l'Assuré ;
- les téléphones portables ;
- les matériels informatiques, audio-visuels, les appareils photos, les appareils vidéo ou HIFI confiés aux transporteurs ;
- les frais qui peuvent être indemnisés par un autre contrat d'assurance ou qui font l'objet d'une indemnité attribuée à l'Assuré.

APRIL International Assistance ne peut intervenir dans les circonstances prévues ci-après :

- ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales ;
- ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés ;
- n'est pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution des obligations qui résultent de cas de force majeure ou d'événement tels que émeute, guerre civile, guerre étrangère, mouvement populaire, révolution, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique ;
- n'est pas tenu d'intervenir dans les cas où l'Assuré a commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans les pays qu'il traverse ou dans lequel il séjourne en tant que détaché ou expatrié ;
- les événements survenus du fait de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

8.3 EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.6 ci-après, sont exclus de la garantie :

- les dommages résultant de l'exercice d'une activité professionnelle quelconque ou de fonctions accomplies dans le cadre de mandats électifs ;
- la conduite de tout engin à moteur ou à traction animale ;
- les conséquences de tous les Sinistres matériels ou corporels subis par l'Assuré ;
- les *Dommages matériels* causés par un incendie, une explosion, ou des dégâts des eaux ayant pris naissance ou étant survenus dans des bâtiments ou locaux dont l'Assuré est propriétaire, locataire ou dont il a la jouissance privative à un titre quelconque ;
- les troubles anormaux de voisinage (nuisances) ;
- les *Dommages* causés par l'amiante (y compris par les fibres ou poussières d'amiante), le plomb (y compris par les particules contenant du plomb), les moisissures toxiques ou contaminations fongiques et les *Dommages* de pollution aux USA/Canada ;
- les *Dommages* survenus lors de l'utilisation d'automobile ou d'engin à moteur, d'embarcation à voile ou à moteur, d'aéronef, d'animaux de selle dont l'Assuré ou les personnes dont il est civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde ;
- les *Dommages* matériels résultant d'incendie, d'explosion ou de dégâts des eaux s'ils sont survenus dans les locaux dont l'Assuré est propriétaire ou occupant ou locataire, étant toutefois précisé que demeurent couverts ceux de ces *Dommages* survenus dans une chambre d'hôtel louée par l'Assuré (ou par son employeur) pour une durée de moins de trente jours consécutifs, et ce, à la condition expresse que l'Assuré n'y élise pas son domicile ;
- les *Dommages immatériels* non consécutifs ;
- toutes conséquences d'engagements contractuels pris par l'Assuré dans la mesure où les obligations qui en résulteraient excèdent celles auxquelles il serait tenu en vertu du droit commun ;
- les indemnités judiciaires à caractère de peine, habituellement connues sous le nom de "Punitive" ou "Exemplary Damages" et généralement définies comme des indemnités venant en complément de la réparation du préjudice réel, qui peuvent être allouées aux victimes par les tribunaux des USA ou du Canada, lorsqu'ils considèrent que l'auteur du *Dommage* a eu un comportement "antisocial" ou "plus que négligent" ou encore "en méconnaissance volontaire de ses conséquences" ;
- les conséquences résultant de tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier la dépression nerveuse ou l'anxiété.

Sont également exclus les *Dommages* :

- causés aux biens, y compris aux animaux, dont l'Assuré a la conduite, la garde ou l'usage, même lorsqu'ils lui sont confiés dans le cadre d'une activité bénévole ;
- résultant d'une activité professionnelle ou rémunérée de l'Assuré ainsi que de fonctions publiques ou syndicales ;
- résultant de la participation de l'Assuré à un Acte de Terrorisme ou de Sabotage, un Attentat, une Emeute ou un Mouvement populaire ;
- résultant d'une pollution non accidentelle ;
- causés aux biens, objets, produits ou animaux vendus par l'Assuré ;
- causés par les chevaux ou autres équins, par les chiens de la catégorie 1 ou 2, telle que définie à l'article 211-1 du Code Rural, par les animaux sauvages ;

- toutes les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile incombant à l'Assuré en sa qualité d'employeur à raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle atteignant l'un de ses préposés dans l'exercice de ses fonctions ;
- les *Dommages* qui résultent de la gestion sociale de l'Assuré à l'égard de ses préposés ou ex-préposés, des candidats à l'embauche, de leurs ayants droit et des partenaires sociaux.

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

Se reporter au paragraphe 8.6.

8.5 EXCLUSIONS DE LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :

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

Les *Exclusions* prévues au paragraphe 8.6 ci-après s'appliquent également à la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

8.6 EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

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

- des faits intentionnels de l'Adhérent ou de l'Assuré, et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'Assuré ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense) ;
- de la participation volontaire, de l'Adhérent ou de l'Assuré, à des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie ;
- de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre* dans le pays de survenance) ;
- des accidents de circulation en véhicule à deux roues si l'Assuré ne portait pas de casque ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des *Maladies préexistantes* antérieurs à la *Date d'effet* du contrat non déclarés à l'adhésion, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales, sauf si déclarées et acceptées au moment de l'adhésion au contrat.

Conditions spécifiques de prise en charge des sports et activités sportives

Les sportifs professionnels ou les étudiants d'un programme sport-études, y compris des écoles de ballet-dance et de cirque, ne sont couverts par les garanties de ce contrat que dans le cadre de leur vie privée. Sont également exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que : l'ULM, le deltaplane, le parapente, le pilotage d'automobile, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, l'escalade (hors support artificiel), la randonnée/le treck nécessitant l'usage de corde/piolet/crampons, la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, le kitesurf, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, le free-running, le parkour, le hockey sur glace, le speed riding, le base jump, le sky-surfing, la chute libre, ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- résultant de la participation de l'Assuré à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense) ou à des délits et crimes au sens du droit pénal applicable ;
- résultant de l'utilisation, comme pilote, d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou résultant de la pratique, en tant que pilote ou passager, de tous les sports aériens et notamment du deltaplane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;
- 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 ;
- de tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- de la pratique de la chasse ;
- des accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré a qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil exploité par une entreprise de transport public de voyageurs ;
- de la pratique de la voile et de la navigation en haute mer à titre privé ou professionnel (au-delà de 200 miles nautiques).

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 *Maladies préexistantes* survenues avant la date de signature de la Demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite Demande d'adhésion 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 ?

Il a été conclu par l'Association des Assurés d'APRIL International (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, et dont les statuts sont téléchargeables à l'adresse <http://assoexpat-a3i.fr/association>) :

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

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Groupama Gan Vie (conventions frais de santé 219/643791/00010, 219/643791/00020, 219/643791/55510, 329/643792/00010, 329/643792/00020 et 329/643792/55510 et conventions prévoyance 9001/643793/00010, 9001/643793/00020 et 9001/643793/55510), 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 les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée :

des conventions d'assistance de groupe à adhésion facultative avec CHUBB European Group Limited (convention s FRBOTA21226, FRBOTA21227, FRBOTA21228 et FRBOTA21229), compagnie d'assurance de droit anglais. Siège social : 100 Leadenhall street, Londres, EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre du commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

9.2 CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour les garanties frais de santé, capital décès/perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et assistance juridique : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE ;
- pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée : Prudential Regulation Authority (PRA), située 20 Moorgate, Londres EC2R 6DA, ROYAUME-UNI et Financial Conduct Authority, située 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS, ROYAUME-UNI.

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

L'adhésion au contrat Ma Santé Internationale est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes Conditions générales et l'*Attestation d'assurance*. 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 dispositions des articles L 114 -1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance ».

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le *Bénéficiaire* est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'*Assuré* décédé.

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*.

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil français sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil français),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil français),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil français),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil français),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil français).

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'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'assureur de l'auteur de l'Accident qui le sollicite le nom de l'assureur frais de santé en tant que tiers payeur.

9.5 CONTRÔLE :

L'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'assureur.

9.6 RÉCLAMATION - MÉDIATION :

La qualité de service est au cœur de nos engagements, mais si toutefois *Vous* souhaitez formuler une réclamation relative aux services fournis par notre société, *Vous* pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel.

Si la réponse fournie ne vous satisfait pas, *Vous* pouvez vous adresser à notre Service Suivi Client dont les coordonnées sont les suivantes :

Adresse : APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

E-mail : suiviclient.expat@april-international.com

Pour votre information, nos assureurs partenaires Groupama Gan Vie (8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE) et CHUBB European Group Limited (Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE), nous ont confié le traitement des réclamations.

Nous ferons le maximum pour vous apporter une réponse dans un délai maximal de 48 heures ouvrées et nous engageons à vous tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation dans ce même délai si pour des raisons indépendantes de notre volonté celui-ci devait être prolongé.

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, *Vous* pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au Médiateur - « La Médiation de l'Assurance » - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANCE.

Si l'adhésion au présent contrat a été effectuée à distance par Internet, *Vous* pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Nous vous informons que les données recueillies pour le traitement de votre réclamation font l'objet d'un traitement informatique par notre société aux fins de suivi du traitement des réclamations et ne peuvent être communiquées qu'à l'organisme assureur, à ses réassureurs et à la holding APRIL, ainsi qu'à nos prestataires partenaires pour la mise en œuvre de vos garanties. Les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des adhésions par APRIL International Expat, les assureurs ou leurs mandataires. *Vous* disposez d'un droit de communication, de rectification, d'opposition, et de suppression des données vous concernant (voir paragraphe 10.7).

9.7 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, *Vous* disposez d'un droit de communication, de rectification, d'opposition, et de suppression des données vous concernant que *Vous* pouvez exercer auprès de notre Service Suivi Client dont les coordonnées sont mentionnées au paragraphe précédent. Par ailleurs, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, *Nous* vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec *Nous*, *Vous* ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, *Vous* pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10000 Troyes - FRANCE, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande en nous adressant votre demande à l'adresse indiquée ci-dessus.

Par ailleurs, *Nous* mettons en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cadre, les données peuvent être transmises aux assureurs, ré-assureurs, intermédiaires en assurance, autorités judiciaires et autres organismes concernés par la Fraude.

Pour répondre à nos obligations légales, *Nous* mettons en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, *Vous* pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés, 8 rue Vivienne, CS 30223, 75083 Paris Cedex 02, FRANCE. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78 -17 du 6 janvier 1978, *Vous* pouvez exercer votre droit d'accès en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

RENONCIATION

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, 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.

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours à compter du lendemain du jour de la signature de votre Demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la Demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Ma Santé Internationale Réf. MHI Cov**

Date de signature de la Demande d'adhésion :

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

.....

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone :

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone :

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International Expat : n° client **C** =====



april international expat

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.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200000€/US\$ - 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 et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex
09 - FRANCE. NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR6030970772



ANNEXE

TABLEAU DE GARANTIES FRAIS DE SANTÉ



Les frais de santé sont pris en charge dans la limite des *Frais réels* et des *Coûts raisonnables et habituels* compte tenu du pays dans lequel ils sont pratiqués.

IMPORTANT

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

OFFRES	EMERGENCY	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Montant maximum des frais de sante par <i>Année d'assurance</i> et par <i>Assuré</i>	250 000 €//\$	1 000 000 €//\$	1 500 000 €//\$	illimité

HOSPITALISATION*

(hors médecine courante, maternité et optique-dentaire)

<i>Hospitalisation</i> médicale, chirurgicale ou <i>Hospitalisation de jour</i> : Transport en ambulance (si hospitalisation prise en charge par APRIL International) Frais de séjour Honoraires médicaux et chirurgicaux Examens, analyses, médicaments Actes médicaux	100% en cas d' <i>Accident</i> ou d' <i>Urgence médicale</i> uniquement	100%	100%	100%
Chambre d'hôpital	chambre à deux lits	chambre à deux lits	chambre privée standard (y compris frais de télévision et internet)	chambre privée standard (y compris frais de télévision et internet)
Imagerie médicale avancée (IRM, scanners) dans le cadre d'une <i>Hospitalisation</i>	jusqu'à 4 000 €//\$ par an	100%	100%	100%
Consultation externe, traitements, analyses et actes médicaux liés à une <i>Hospitalisation</i> /chirurgie ambulatoire (30 jours avant et après <i>Hospitalisation</i> et sur présentation d'un certificat d'hospitalisation)	100% uniquement après une <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile	non pris en charge	100%	100%	100%
Lit d'accompagnement pour enfant (<i>enfant de moins de 18 ans</i>)	non pris en charge	non pris en charge	100%	100%
<i>Hospitalisation</i> pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux	non pris en charge	non pris en charge	jusqu'à 8 000 €//\$/an, maximum 15 jours/an	jusqu'à 30 jours/an
Rééducation en lien direct et suite à une hospitalisation prise en charge par APRIL International	jusqu'à 20 jours	jusqu'à 20 jours	jusqu'à 30 jours	jusqu'à 60 jours
Chirurgie réparatrice dentaire suite à un <i>Accident</i>	100%	100%	100%	100%
Traitement du cancer (<i>Hospitalisation</i> , chimiothérapie, radiothérapie, oncologie, tests de diagnostic et médicaments en tant que patient hospitalisé, en soins de jour ou ambulatoires)	non pris en charge	100%	100%	100%
Greffe d'organe	100%	100%	100%	100%
Dialyse rénale	non pris en charge	100%	100%	100%
Centre de soins palliatifs et soins palliatifs	jusqu'à 10 000 €//\$	jusqu'à 50 000 €//\$	100%	100%

Appareillages et prothèses internes dans le cadre d'une <i>Hospitalisation</i>	jusqu'à 1 000 €/€ par <i>Hospitalisation</i>	100%	100%	100%
--	--	------	------	------

ASSISTANCE RAPATRIEMENT DE BASE

Rapatriement médical ou transport sanitaire vers le centre hospitalier le mieux adapté ou vers le pays de nationalité (ou pays d'origine si différent)	100%	100%	100%	100%
Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'assuré	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Accompagnement des enfants	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe

MÉDECINE COURANTE

OFFRES	EMERGENCY	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
--------	-----------	-----------	---------	---------

MÉDECINE

(hors maternité, procréation médicalement assistée et dentaire)

Consultations de médecins généralistes et spécialistes y compris pour le suivi des maladies chroniques	non pris en charge	5 visites par an couvertes à 100%. À partir de la 6 ^{ème} visite, couverture jusqu'à 100 €/€ par visite.	10 visites par an couvertes à 100%. À partir de la 11 ^{ème} visite, couverture jusqu'à 200 €/€ par visite.	100%
Psychiatres et psychologues	non pris en charge	non pris en charge	jusqu'à 5 visites/an, maximum 200 €/€ par visite	jusqu'à 20 visites/an, maximum 200 €/€ par visite
Orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, logopèdes	non pris en charge	jusqu'à 15 visites/an	100%	100%
Kinésithérapie, soins infirmiers, ergothérapie, psychomotricité	non pris en charge	jusqu'à 2 000 €/€ par an	jusqu'à 4 000 €/€ par an	100%
Consultations auprès d'ostéopathes, homéopathes, étiopathes, chiropracteurs, acupuncteurs et phytothérapeutes	non pris en charge	non pris en charge	jusqu'à 1 000 €/€ par an	jusqu'à 2 000 €/€ par an
Médicaments prescrits lors d'une hospitalisation pour un usage au domicile ou pour les maladies chroniques	non pris en charge	100%	100%	100%
Médicaments en ambulatoire (y compris contraception, homéopathie, phytothérapie, vaccins et traitements antipaludéens) sur prescription médicale	non pris en charge	100%	100%	100%
Analyses, radiographies et autres actes techniques médicaux hors établissement hospitalier	non pris en charge	100%	100%	100%
Imagerie médicale avancée (IRM, scanners) en soins ambulatoires	non pris en charge	jusqu'à 4 000 €/€ par an	jusqu'à 8 000 €/€ par an	100%
Appareillages et prothèses externes y compris auditifs (hors dentaires)	non pris en charge	jusqu'à 2 000 €/€ par an	jusqu'à 3 500 €/€ par an	jusqu'à 5 000 €/€ par an

PRÉVENTION

Dépistages (cancer, hépatite B, test du VIH...)	non pris en charge	100%	100%	100%
Forfait d'automédication (médicaments sans ordonnance et aide à l'arrêt du tabac)	non pris en charge	non pris en charge	jusqu'à 150 €/€\$ par an	jusqu'à 300 €/€\$ par an
Bilan de santé et examen de l'audition (un bilan tous les deux ans)	non pris en charge	jusqu'à 200 €/€\$	jusqu'à 800 €/€\$	jusqu'à 2 000 €/€\$
Consultations de diététiciens	non pris en charge	non pris en charge	non pris en charge	jusqu'à 5 visites par an

MATERNITE**

Délai d'attente de **10 mois**

OFFRES	EMERGENCY	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Frais d'accouchement : <i>Hospitalisation</i> , chambre privée, frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux	non pris en charge	non pris en charge	jusqu'à 6 000 €/€\$ /grossesse (montant porté à 12 000 €/€\$ /grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	jusqu'à 12 000 €/€\$ /grossesse (montant porté à 20 000 €/€\$ /grossesse en cas d'accouchement chirurgical)
Accouchement à domicile	non pris en charge	non pris en charge	Les complications de grossesse et à l'accouchement ainsi que les soins au nouveau-né sont couverts en intégralité.	Les complications de grossesse et à l'accouchement ainsi que les soins au nouveau-né sont couverts en intégralité.
Consultations, pharmacie, examens et soins pré et post natus	non pris en charge	non pris en charge		
Séances de préparation à l'accouchement (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme)	non pris en charge	non pris en charge		
Diagnostic des anomalies chromosomiques	non pris en charge	non pris en charge		
Dépistage néo-natal	non pris en charge	non pris en charge		

PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Délai d'attente de **12 mois*****

Pharmacie, fécondation in vitro, analyses et examens de suivi	non pris en charge	non pris en charge	jusqu'à 1 500 €/€\$ par tentative	jusqu'à 2 500 €/€\$ par tentative
---	--------------------	--------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

OPTIQUE - DENTAIRE

OFFRES	EMERGENCY	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
DENTAIRE Délai d'attente de 3 mois*** pour les soins dentaires, préventifs et de routine et 6 mois*** pour le traitement dentaire reconstructeur majeur et l'orthodontie				
Plafond maximum par an	non pris en charge	1 000 €/€\$	1 ^{ère} & 2 ^{ème} années : 2 000 €/€\$ À partir de la 3 ^{ème} année : 3 000 €/€\$	1 ^{ère} & 2 ^{ème} années : 4 000 €/€\$ À partir de la 3 ^{ème} année : 5 000 €/€\$

Soins dentaires préventifs (contrôle dentaire, radiographies, détartrage et polissage, protège dents)	non pris en charge	100%	100%	100%
Soins dentaires de routine (extractions, traitement des caries, parodontologie, endodontie...)	non pris en charge	100%	100%	100%
Traitement dentaire restructeur majeur (prothèses, couronnes et implants)	non pris en charge	100%	100%	100%
Orthodontie jusqu'à 18 ans (<i>soins entamés avant la 16^{ème} année</i>)	non pris en charge	non pris en charge	jusqu'à 1 000 €/€ par an, max. 3 ans	jusqu'à 1 500 €/€ par an, max. 3 ans
OPTIQUE Délai d'attente de 6 mois***				
Monture et verres (<i>max. 1 paire tous les 2 ans</i>)	non pris en charge	jusqu'à 250 €/€	jusqu'à 500 €/€	jusqu'à 700 €/€
Traitements au laser pour correction de la vision (myopie, hypermétropie, astigmatisme, kératocône)	non pris en charge	non pris en charge		
Lentilles de contact	non pris en charge	jusqu'à 200 €/€ par an	jusqu'à 300 €/€ par an	jusqu'à 400 €/€ par an

* Toute *Hospitalisation* (hors *Hospitalisation de jour*) est soumise à *Accord préalable*. Une *Franchise* de 20% sera retenue en cas de non respect de cette formalité, préalablement à une *Hospitalisation* (se reporter au paragraphe 7.1.2).

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

*** *Délai d'attente* abrogé si *Vous* aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois, sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du Certificat de radiation correspondant (se reporter au paragraphe 4).



STATUTS ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL INTERNATIONAL

Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 110, avenue de la République - 75011 PARIS

MISE AJOUR DU 1ER FEVRIER 2017

Article 1-Dénomination

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts, une association sans but lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour dénomination « Association des Assurés d'April International », ou en abrégé « A³I »

Article 2-Siège

Le siège social est fixé à Paris XI^{ème}, 110 avenue de la République Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration qui dispose à cet effet du pouvoir de modifier les statuts. Des bureaux de représentation à l'étranger peuvent être créés sur décision du Conseil d'Administration. Ces bureaux sont régis selon les présents statuts.

Article 3-Objet

Cette association a pour objet d'étudier, 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.

Article 4 - Durée

L'association est constituée pour une durée illimitée. Elle prend fin toutefois en cas de dissolution volontaire, statutaire, ou judiciaire.

Article 5-Membres

L'association se compose de :

- membres adhérents « Particuliers »
- membres adhérents « Entreprises »

- membres fondateurs qui sont garants de l'éthique et des valeurs défendues par l'association. Le collège des membres fondateurs peut désigner d'autres membres fondateurs.

Les membres adhérents prennent l'engagement de verser annuellement la cotisation dite « associative » fixée par le conseil d'administration.

Sont également membres de l'association, mais sans voix délibérative, sur décision du conseil d'administration :

membres bienfaiteurs, personnes physiques ou morales ayant versé un don à l'association.

membres d'honneur, personnes physiques ou morales désignés pour les services rendus ou l'appui moral apporté à l'association.

Article 6-Adhésion

Pour faire partie de l'association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de membre adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Article 7 - Démission, Exclusion, décès

La qualité de membre se perd :

- par décès

- par la démission adressée au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intention du Président, auquel devront être joints la copie du courrier de résiliation aux assurances souscrites dans le cadre de son adhésion. Lesdites résiliations devant respecter les conditions définies par les contrats

- pour les personnes morales, en cas de liquidation ou de dissolution

- par radiation prononcée par le conseil d'administration pour infraction aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'association

La cotisation échue pour l'année en cours reste acquise à l'association.

Article 8-Responsabilité des adhérents

Aucun membre de l'association, à quelque titre qu'il en fasse partie, n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle ; seul répond le patrimoine de l'association.

Article 9- Opposabilité aux adhérents

Toute adhésion à l'association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance

conclues entre l'association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions mentionnant notamment les

conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'association ou l'organisme assureur, est remis aux adhérents lors de leur adhésion à l'association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

Article 10-Conseil d'administration

1- Composition

Le conseil d'administration se compose de 3 à 7 membres administrateurs. Les premiers administrateurs sont désignés par l'assemblée générale constitutive. Par la suite le conseil est renouvelé par tiers tous les cinq ans, les nouveaux membres étant désignés par le conseil et soumis à la ratification de l'assemblée générale suivante. Les membres sortants sont rééligibles. L'ordre de sortie est déterminé d'après l'ancienneté des nominations.

Le conseil d'administration est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout administrateur venant en cours de mandat à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'association, s'engage à en informer immédiatement le Président par courrier recommandé avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration venait à faire passer le nombre d'administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes, à moins de 51%, l'administrateur en question perdra automatiquement sa qualité d'administrateur et il sera procédé à son remplacement conformément au présent article.

En cas de vacance par décès, démission ou toute autre cause, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses



membres. Leur remplacement définitif intervient à la prochaine assemblée générale. Les mandats des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

A défaut de ratification, les délibérations et les actes accomplis par le conseil d'administration depuis la nomination provisoire n'en demeureront pas moins valables.

Est éligible au conseil d'administration toute personne, âgée de 18 ans au moins le jour de l'élection, membre de l'association et à jour de cotisation associative.

Toute nouvelle candidature devra être portée à la connaissance du président du conseil d'administration par courrier recommandé reçu au moins trente jours avant la date de l'assemblée générale accompagnée :

De la copie d'une pièce d'identité
D'une attestation sur l'honneur de non condamnation ou mesures mentionnées aux 1^o à 5^o de l'article L 322-2 du Code des Assurances

D'une attestation mentionnant l'existence ou la non existence à son bénéfice de mandat ou d'éventuelle rétribution provenant de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'association.

Nul ne peut être membre du conseil d'administration de l'association, ni directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer ou gérer à titre quelconque l'association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'association s'il a fait l'objet d'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1^o à 5^o de l'article L 322-2 du Code des Assurances.

Le conseil d'administration élit chaque année parmi ses membres à la majorité des suffrages exprimés, un bureau comprenant: un président, un secrétaire, un trésorier et éventuellement ses adjoints. Les membres du bureau sortant sont rééligibles. Une même personne physique peut cumuler deux fonctions au sein du bureau.

Le conseil d'administration peut se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utiles, adhérentes ou non à l'association.

2- Réunions et délibérations du conseil

Le conseil d'administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige sur convocation du Président. La convocation pourra être effectuée par tous moyens à sa convenance. Les réunions

peuvent être tenues par conférence téléphonique ou tout autre moyen de communication à distance.

Les convocations comprennent un ordre du jour prévisionnel. L'ordre du jour définitif est arrêté au moment de l'ouverture de la séance. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Les délibérations du conseil d'administration font l'objet d'un procès-verbal, consigné dans un registre signé par le Président et au moins un des administrateurs.

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si plus de la moitié des administrateurs est présente.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des administrateurs présents. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Tout membre du conseil d'administration qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions successives, pourra être exclu par décision du conseil d'administration, après avoir été mis en mesure de présenter ses observations.

3- Pouvoirs

Le conseil d'administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'association. Il fixe notamment le montant de la cotisation associative à verser par les membres de l'association.

Il peut donner toute délégation de pouvoir au Président ou à un membre du bureau.

4- Fonctions et pouvoirs du bureau

Les membres du bureau sont spécialement investis des attributions suivantes :

- le président dirige les travaux du conseil d'administration et assure le fonctionnement de l'association. Il la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il peut déléguer ses pouvoirs à un autre administrateur. En cas d'empêchement, il est suppléé par le secrétaire.

le secrétaire est chargé de la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations. Il rédige les procès-verbaux des délibérations et les transcrit sur les registres. Il assure l'exécution des formalités prescrites par la loi.

- le trésorier est chargé de la gestion du patrimoine propre de l'association et de la tenue des comptes. Il perçoit les recettes et effectue les paiements sous le contrôle du président. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'assemblée générale qui statue sur les comptes.

Les fonctions des membres du bureau ne peuvent pas faire l'objet d'une rémunération sous quelque forme que ce soit.

5- Rémunération

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives. Le rapport financier présenté à l'assemblée générale ordinaire doit faire mention des remboursements de frais et débours effectués à des administrateurs.

Article 11-Assemblées générales

1- Convocation

Les membres de l'association adhérents au jour de la décision de la convocation, sont réunis au moins une fois par an en assemblée générale ordinaire et en tant que besoin en assemblée générale extraordinaire.

Les assemblées générales se composent de tous les membres de l'association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée. Elle est valablement faite au choix du conseil d'administration par lettre simple, courrier électronique ou autre moyen de communication à distance.

Les assemblées se réunissent sur convocation du président de l'association. Les assemblées générales extraordinaires peuvent être convoquées sur la demande d'au moins 10% des adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'assemblée doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi des dites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du conseil d'administration. Elles sont faites au moins trente jours avant la tenue de l'assemblée générale.

Sont également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent adhérents dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au président du conseil d'administration soixante jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

Seules seront valables les résolutions prises par l'assemblée générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

2- Droit de vote



Tout adhérent de l'association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'assemblée générale.

Chaque membre adhérent Particulier, ne peut être représenté que par un autre membre adhérent personne physique. Les membres adhérents Entreprise sont représentés par leur représentant légal.

Chaque adhérent a la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à son conjoint. Un même adhérent ne peut disposer de plus de deux votes. Le mandat donné vaut pour une seule assemblée générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux assemblées - ordinaire et extraordinaire - se tiennent le même jour. Les pouvoirs en blanc retournés à l'association sont attribués au président et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le conseil d'administration.

3- Tenue des assemblées (ou bureau de l'assemblée)

La présidence de l'assemblée générale appartient au président du conseil d'administration qui peut déléguer ses fonctions à un autre administrateur.

L'assemblée générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des adhérents présents ou représentés.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le président et le secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'association.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le président et le secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les assemblées générales obligent par leurs décisions tous les membres y compris les absents.

4- Assemblée générale ordinaire

Au moins une fois par an, les membres sont convoqués en assemblée générale ordinaire dans les conditions prévues précédemment.

L'assemblée générale entend :

- le rapport sur la gestion établi par le conseil d'administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'association. Ce rapport est tenu à la

disposition des adhérents qui en font la demande;

les rapports du commissaire aux comptes;
- le rapport moral;
- le rapport financier.

L'assemblée générale, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile) et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 10 des présents statuts.

Les décisions de l'assemblée générale ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée.

Pour l'élection des membres du conseil d'administration, le vote secret est obligatoire.

5- Assemblée générale extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions définies précédemment.

L'assemblée générale extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts, les opérations de fusion ou de dissolution.

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des membres présents.

Les votes ont lieu à main levée.

Article 12-Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration qui pourra compléter les dispositions statutaires.

Article 13-Ressources et dépenses

Les ressources de l'association se composent :

- des cotisations de ses membres adhérents
- du revenu de ses biens
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'association
- des subventions ou versements autorisés par la loi
- de toute autre ressource non interdites

par la loi.

Les dépenses de l'association sont constituées par toutes les sommes nécessaires à son fonctionnement et à sa représentation. Elles sont ordonnées par le conseil d'administration ou par toute autre personne par lui mandatée à cet effet.

Article 14-Fonds social

Il est constitué un fonds social utilisé sous la responsabilité du conseil d'administration pour le déploiement

d'actions diverses visant la cohésion et le bien être de l'ensemble des adhérents ou l'aide de certains d'entre eux se trouvant dans des cas de détresse grave. Les conditions d'utilisation et les modalités de gestion du fonds social sont précisées dans le règlement intérieur.

Article 15-Dissolution, liquidation

La dissolution de l'association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidés, sur proposition du conseil d'administration, que par une assemblée générale extraordinaire, selon les conditions prévues ci-dessus. L'assemblée générale extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs, qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif.

Conformément à l'article L141-6 du code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

Article 16-Déclaration et publication

Le conseil d'administration remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi.

Tous pouvoirs sont conférés à cet effet au porteur d'un original des présentes.

M. Vincent De Meyer
Président

M Jean-Claude Gaubert
Trésorier