

Asie Expat +

Conditions générales 2013

Réf : As 2013



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

SOMMAIRE

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT	P. 3
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H.....	p. 3
1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p. 3
1.3. SERVICE DE 1 ^{ER} AVIS MÉDICAL.....	p. 3
1.4. SERVICES EN LIGNE.....	p. 3
1.5. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?.....	p. 4
2. DÉFINITIONS	P. 4
2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES.....	p. 4
2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	p. 5
2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p. 5
3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	P. 6
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?.....	p. 6
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p. 6
4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	P. 6
5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	P. 7
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?.....	p. 7
5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT.....	p. 7
5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT	p. 7
5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT.....	p. 7
5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?.....	p. 8
6. COTISATIONS	P. 9
6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?	p. 9
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p. 9
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?	p. 9
7. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	P. 9
8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	P. 10
8.1. FRAIS DE SANTÉ	p. 10
8.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p. 14
8.3. SERVICE DE 1 ^{ER} AVIS MÉDICAL	p. 15
9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	P. 15
9.1. EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	p. 15
9.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p. 16
9.3. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES.....	p. 17
10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P. 18
10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p. 18
10.2. CADRE LÉGAL	p. 18
10.3. PRESCRIPTION.....	p. 18
10.4. SUBROGATION	p. 19
10.5. CONTRÔLE	p. 19
10.6. CONCILIATION	p. 19
10.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p. 19

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

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

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

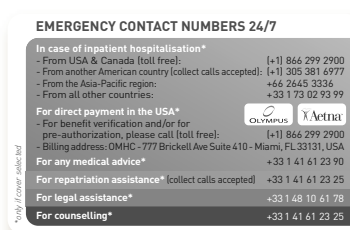
Nous vous informons qu'il est impératif de nous contacter préalablement à toute *Hospitalisation*. En cas de non respect de cette formalité, une *Franchise* de 20% sera appliquée à votre remboursement.

Pour s'assurer que votre séjour donne droit à remboursement, *Nous* vous demandons de bien vouloir faire compléter par votre praticien un formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* » détaillant le motif de votre *Hospitalisation*, à transmettre à notre Médecin Conseil. Pour plus de précisions, reportez-vous au paragraphe 8.1.2.

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

- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0)2 645 3336,
- à partir des USA et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des autres pays américains, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir des autres pays, composer le +33 (0)1 73 02 93 99.

Ces numéros sont également présents sur votre carte d'assuré, remise lors de votre adhésion :



1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Pour bénéficier des garanties d'assistance :

Il est impératif d'avoir l'accord préalable d'APRIL International Assistance (voir paragraphe 8.2).

Pour cela, veuillez contacter APRIL International Assistance :

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

1.3. SERVICE DE 1^{ER} AVIS MÉDICAL :

Une équipe de médecins est à votre disposition 24h/24 et 7j/7 pour répondre à toutes vos questions d'ordre médical (explication d'un diagnostic, renseignement sur les équivalences de médicaments à l'étranger...).

Pour bénéficier du service de 1^{er} avis médical, veuillez composer le +33 (0)1 41 61 23 90.

1.4. SERVICES EN LIGNE :

Depuis le site www.april-international.com, *Vous* avez accès à votre Espace Client, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe, qui vous auront été envoyés par e-mail suite à votre adhésion.

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

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

Vous pouvez télécharger les formulaires à compléter pour vos remboursements (voir paragraphe 8.1) :

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

Si Vous êtes Adhérent, Vous pouvez :

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

1.5. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?**Pour envoyer une Demande de remboursement :**

Complétez le formulaire de Demande de remboursement en **y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales** (voir paragraphe 8.1.4) et adressez ces éléments à :

APRIL International Expat

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

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

Pour envoyer une Demande d'entente préalable ou une Attestation médicale confidentielle :

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant d'engager les soins, *Vous* aurez donc à nous faire parvenir un devis détaillé et un formulaire appelé « *Demande d'entente préalable* », à l'adresse indiquée ci-dessus ou par e-mail à remboursement.expat@april-international.com (voir paragraphe 8.1.3). En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* » (voir paragraphe 8.1.2).

2. DÉFINITIONS

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

2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article L.1315 du Code Civil français, il vous appartient d'apporter la preuve de l'*Accident* et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL 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.
- C CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document valant attestation d'assurance, que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Asie Expat + et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, les garanties et formules sélectionnées. Le *Certificat d'adhésion* correspond aux conditions particulières du contrat.
- CONJOINT** : l'époux ou l'épouse de l'*Assuré principal* non divorcé(e), ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'*Assuré principal* bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité [Article 515-1 du Code Civil français] avec ce dernier, en vigueur à la date du *Sinistre*. Le concubino notoire de l'*Assuré principal* pourra être considéré comme ayant la qualité de *Conjoint* si justification de sa qualité est faite.
- COTISATION** : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au *Certificat d'adhésion*.

- E EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- M MALADIE INOPINÉE** : maladie soudaine et imprévisible constatée par une *Autorité médicale*, qui ne doit pas avoir de lien de cause à effet avec le motif d'une maladie ou d'une hospitalisation antérieure à la date d'adhésion.
- N NOUS** : APRIL International Expat.
- P PAYS D'EXPATRIATION** : le pays de résidence où *Vous* séjournez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.
PAYS DE NATIONALITÉ : le pays qui figure sur votre Demande d'adhésion ou, à défaut, le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».
- S SINISTRE** : événement, maladie ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

- A ACCORD PRÉALABLE** : certains actes médicaux 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 au *Certificat d'adhésion*. 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.
- D DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée au *Certificat d'adhésion*.
DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE : formulaire à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre *Accord préalable* avant d'engager certains actes ou traitements.
- E ENFANT À CHARGE** : votre enfant, celui de votre *Conjoint* :
 - âgé de moins de 21 ans ;
 - âgé de moins de 26 ans, poursuivant ses études.
 L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier...) ou accessoirement (petit travail d'appoint...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie dans le cadre de cette activité.
- F 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 24h, consécutivement à un *Accident* ou une maladie.
HOSPITALISATION DE JOUR : hospitalisation de moins de 24h pour laquelle un lit vous est attribué, sans que *Vous* ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.
- R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : si *Vous* êtes hospitalisé plus de 24h, *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation*, sans avance de frais, sous réserve de l'étude de votre *Attestation médicale confidentielle*. *Vous* pouvez déclencher ce service en utilisant les numéros d'urgence mentionnés au paragraphe 1.1 ou en présentant votre carte d'assuré à l'établissement hospitalier.

2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

- A ASSURÉ, « VOUS »** : personne physique expatriée, âgée de moins de 71 ans, bénéficiaire d'un contrat Asie Expat +, résidant hors de son *Pays de nationalité*.
 Dans le cadre d'une adhésion famille, sont également bénéficiaires, pour autant qu'ils résident dans votre *Pays d'expatriation* :
 - votre *Conjoint*,
 - vos enfants célibataires et fiscalement à charge jusqu'à 31 ans.
 Les enfants de moins de 31 ans, poursuivant des études et ne vivant pas sous le même toit, sont également couverts.
- C CONSOLIDATION** : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un *Accident* ou souffrant d'une maladie.
- E ÉQUIPE MÉDICALE** : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'APRIL International Assistance.
ÉTRANGER : tout pays garanti listé dans le présent contrat, en dehors de votre *Pays de nationalité*.
- M MEMBRE DE LA FAMILLE** : vos *Conjoint*, concubin, enfant, frère, sœur, père, mère, beaux-parents, petits-enfants, grands-parents ou votre tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.
- P PROCHE** : toute personne physique désignée par *Vous* ou l'un de vos ayants droit et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.

3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit en fonction des options et garanties sélectionnées, les prestations suivantes :

- remboursement de frais de santé,
- garanties d'assistance rapatriement,
- service de 1^{er} avis médical.

Ces garanties peuvent être sélectionnées indépendamment sauf la garantie 1^{er} avis médical qui doit être sélectionnée en complément d'une autre garantie.

3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Pour la garantie frais de santé :

La garantie est acquise à l'année dans votre *Pays d'expatriation* (Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taiwan, Thaïlande, Vietnam) ainsi que lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs dans votre *Pays de nationalité* en cas d'*Accident* ou d'urgence médicale.

Elle est également acquise lors de séjours jusqu'à 60 jours consécutifs dans le reste du monde en cas d'*Accident* (sauf Bahamas, Canada, États-Unis, Japon, Suisse).

Pour la garantie assistance rapatriement :

La garantie est acquise à l'année dans les pays suivants : Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taiwan, Thaïlande, Vietnam et est étendue au reste du monde lors de séjours temporaires jusqu'à 90 jours consécutifs.

En cas de rapatriement décidé par APRIL International Assistance hors de la zone d'expatriation habituelle, la garantie frais de santé reste acquise.

Pour la garantie 1^{er} avis médical :

Ce service est valable à l'année dans le monde entier.

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.

4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

Pour être admissible à l'assurance, Vous devez :

- être de nationalité française (les membres de la famille de l'*Assuré* principal peuvent être de nationalité autre que française),
- être âgé, au moment de la *Date d'effet* du contrat, de :
 - moins de 71 ans pour la garantie assistance rapatriement,
 - moins de 60 ans pour la garantie frais de santé viagère, moins de 55 ans pour la garantie frais de santé non viagère.
- résider dans l'un des pays suivants (hors de votre *Pays de nationalité*) : Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taiwan, Thaïlande, Vietnam pendant la durée du contrat,
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Profil de santé au maximum six mois avant la *Date d'effet* du contrat.

Peuvent également bénéficier des garanties prévues par ce contrat les membres de votre famille (s'ils sont mentionnés sur votre *Certificat d'adhésion*), à savoir :

Pour la garantie frais de santé et le service de 1^{er} avis médical :

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

Pour la garantie assistance rapatriement :

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

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

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

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

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

5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

À la date indiquée sur le *Certificat d'adhésion* et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Profil de santé complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation* et sous réserve de notre acceptation concrétisée par l'émission du *Certificat d'adhésion* précisant les garanties sélectionnées.

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

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

- 3 mois pour tous les soins et traitements (sauf en cas d'*Accident* ou d'urgence médicale) ;
- 6 mois pour les frais de soins dentaires ;
- 6 mois pour les frais de kinésithérapie, de chiropraxie et d'acupuncture ;
- 10 mois pour les frais liés à la maternité.

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 liés à la maternité) si *Vous* justifiez avoir bénéficié de garanties « frais de santé » au moins équivalentes à celles du contrat *Asie Expat +* 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.

5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, pour une durée d'un an, tant que les conventions restent en vigueur.

En sélectionnant l'offre viagère, votre garantie frais de santé est valable aussi longtemps que *Vous* le souhaitez, c'est-à-dire que l'organisme assureur ne pourra résilier votre contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe 5.4 « Les garanties de votre contrat cessent ».

En cas de sélection de l'offre non viagère, votre garantie frais de santé cesse automatiquement le 1^{er} du mois suivant le 60^{ème} anniversaire de l'*Assuré*.

5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée avant le 31/10). L'*Adhérent* a la faculté de résilier séparément les garanties qui composent son contrat (la garantie 1^{er} avis médical ne peut être sélectionnée seule) ;

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

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

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

e) lorsque *Vous* n'êtes plus expatrié, sur présentation d'un document officiel en attestant (par exemple, une attestation d'affiliation au régime de Sécurité sociale de votre *Pays de nationalité* ou une copie de votre nouveau contrat de travail). La résiliation prend effet le 1^{er} du mois suivant la réception de la notification écrite reçue par notre Service Suivi Client ;

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

- 60 ans pour la garantie frais de santé non viagère,
- 71 ans pour la garantie d'assistance rapatriement.

En cas de résiliation par l'organisme assureur ou l'Association dans le cas énoncé à l'alinéa c), l'organisme assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'*Adhérent*, des garanties frais de santé équivalentes à celles en vigueur à la date de la résiliation.

Sanctions en cas de fausse déclaration

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

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

5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

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

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

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

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

Si l'*Adhérent* a adhéré à distance :

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

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

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

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

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

6. COTISATIONS

6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

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

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

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

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

La *Cotisation* peut évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint, de la profession, du pays de résidence, des garanties et formules sélectionnées et de l'adhésion individuelle ou familiale. L'état de santé de l'*Assuré* ainsi que ses dépenses médicales ne sont pas 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.

6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en dollars américains (USD) annuellement, semestriellement ou trimestriellement, selon le mode de paiement choisi par l'*Adhérent* figurant sur sa Demande d'adhésion :

- carte bancaire,
- virement bancaire,
- chèque (paiement annuel uniquement).

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

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

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

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

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

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

7. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

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

En cas d'augmentation des garanties, *Vous* serez soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat. En cas de changement de formule pour la garantie frais de santé en cours d'adhésion, les forfaits ne sont pas cumulatifs.

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

8. 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'organisme assureur pour chaque poste ou acte garanti.

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

8.1. FRAIS DE SANTÉ :**8.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS**

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

Deux formules « frais de santé » sont proposées selon votre niveau d'exigence : ESSENTIELLE et CONFORT.

Deux offres permettent de s'ajuster à votre durée d'expatriation : une offre viagère avec laquelle votre couverture est valable aussi longtemps que *Vous* le souhaitez et une offre non viagère avec laquelle votre couverture cesse automatiquement le 1^{er} du mois suivant le 60^{ème} anniversaire de l'*Assuré*.

Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule sélectionnée, conformément au tableau des garanties.

Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'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 garantie pourront être indemnisés.

La formule et l'offre sélectionnées par l'*Adhérent* sont portées sur le *Certificat d'adhésion*.

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 formules.

TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES PRESTATIONS	Formule ESSENTIELLE	Formule CONFORT
Hospitalisation* Délai d'attente de 3 mois** (supprimé en cas d'urgence médicale ou d'Accident)		
Plafond maximum par <i>Année d'assurance</i> et par <i>Assuré</i>	750 000 USD	1 500 000 USD
<i>Hospitalisation</i> médicale, chirurgicale ou <i>Hospitalisation de jour</i> : Transport en ambulance (si <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International) Frais de séjour Honoraires médicaux et chirurgicaux Examens, analyses, médicaments Actes médicaux	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>

NATURE DES PRESTATIONS	Formule ESSENTIELLE	Formule CONFORT
Hospitalisation* (suite) Délai d'attente de 3 mois** (supprimé en cas d'urgence médicale ou d'Accident)		
Chambre privée	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 USD/jour	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 250 USD/jour
Règlement direct des frais d'hospitalisation de plus de 24h	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Lit d'accompagnement pour enfant	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 10 jours/an (enfant de moins de 18 ans)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 10 jours/an (enfant de moins de 18 ans)
Traitement du cancer (radiothérapie et chimiothérapie)	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Traitement du SIDA	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Greffe d'organe	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 200 000 USD/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 200 000 USD/an
Soins ambulatoires avant et suivant Hospitalisation (jusqu'à 30 jours avant et 90 jours suivant l' Hospitalisation)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 3 000 USD	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 3 000 USD
Soins d'urgence	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Rééducation en lien direct et suite à une Hospitalisation prise en charge par APRIL International	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours
Soins infirmiers à domicile***	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 182 jours/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 182 jours/an
Soins dentaires d'urgence suite à un Accident	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 50 000 USD/an	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 50 000 USD/an
Maternité* Délai d'attente de 10 mois		
Plafond maximum par Année d'assurance et par Assuré	non pris en charge	5 000 USD
Soins pré et post natals	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Accouchement	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Médecine - Soins ambulatoires Délai d'attente de 3 mois** (supprimé en cas d'urgence médicale ou d'Accident, sauf kinésithérapie, chiropraxie et acupuncture)		
Plafond maximum par Année d'assurance et par Assuré	non pris en charge	5 000 USD
Consultations de médecins généralistes	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Consultations de médecins spécialistes	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Analyses, radiographies, scanners, électrocardiogrammes	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Pharmacie	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Kinésithérapie et chiropraxie Délai d'attente de 6 mois**	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 60 USD/séance et jusqu'à 15 séances/an
Acupuncture Délai d'attente de 6 mois**	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 45 USD/séance et jusqu'à 10 séances/an

NATURE DES PRESTATIONS	Formule ESSENTIELLE	Formule CONFORT
Dentaire Délai d'attente de 6 mois**		
Plafond maximum par Année d'assurance et par Assuré	non pris en charge	1 000 USD
Examen de routine (y compris détartrage et polissage)	non pris en charge	100% des Frais réels, jusqu'à 100 USD/an (un examen maximum par an)
Soins dentaires : extraction, obturation à l'amalgame, radiographie, détartrage parodontal	non pris en charge	100% des Frais réels

* 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.

** 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.

*** Soumis à Accord préalable (se reporter aux paragraphes 8.1.2 et 8.1.3).

8.1.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION ?

Accord préalable

Toute Hospitalisation 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.

Le formulaire Attestation médicale confidentielle est disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site www.april-international.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 99 ou par e-mail à info.expat@april-international.com.

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 :

- par fax : + 33 (0)1 73 02 93 60,
- par e-mail : hospitalisation.expats@april-international.com,
- par courrier : APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

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).

Pour obtenir un Règlement direct de vos frais d'hospitalisation de plus de 24h :

Après obtention de l'Accord préalable, Vous pouvez obtenir un Règlement direct de vos frais d'hospitalisation de plus de 24h auprès de l'établissement hospitalier dans lequel Vous séjournez. Nous nous mettrons ainsi directement en contact avec l'hôpital.

Pour demander un Règlement direct de vos frais d'hospitalisation de plus de 24h ou tout renseignement complémentaire préalablement à votre Hospitalisation, veuillez utiliser les numéros d'urgence suivants (également présents sur votre carte d'assuré) :

- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0)2 645 3336,
- à partir des USA et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des autres pays américains, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir des autres pays, composer le +33 (0)1 73 02 93 99.

Dans tous les cas, Nous vous demanderons de nous transmettre les factures et comptes rendus hospitaliers correspondant à votre séjour.

Si *Vous* n'avez pas bénéficié du *Règlement direct de vos frais d'hospitalisation*, reportez-vous au paragraphe 8.1.4. pour savoir comment obtenir le remboursement de la facture que *Vous* avez réglée.

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

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant le début des soins, *Vous* aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes le formulaire *Demande d'entente préalable* accompagné d'un devis détaillé. Le formulaire *Demande d'entente préalable* est disponible dans votre Espace Client accessible à partir du 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.

Sont soumis à Accord préalable :

- les *Hospitalisations*,
- les frais liés à la maternité,
- les actes en série et notamment les soins infirmiers, au-delà de 20 séances par *Année d'assurance*.

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

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

APRIL International Expat

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

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

8.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?



Pour obtenir un remboursement :

Veuillez compléter le formulaire de Demande de remboursement disponible dans votre Espace Client accessible à partir du 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 et nous le retourner dans les 6 mois qui suivent la date des soins, accompagné des pièces suivantes :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais acquittées, des prescriptions médicales et ordonnances datées et mentionnant vos nom, prénoms et date de naissance, le genre de maladie, la nature, la date des visites et soins donnés accompagnés des preuves de paiement. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et indiquer la monnaie locale ;
- 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.

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

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

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

Vous pouvez être remboursé :

- par virement sur un compte étranger en USD :
 - pour tout remboursement à hauteur de la contrevaletur de 400 USD*, les frais sont partagés,
 - pour tout remboursement supérieur à la contrevaletur de 400 USD*, la totalité des frais est à votre charge,
- par virement sur un compte en France sur demande expresse (nous consulter pour le détail des conditions).

* Ce montant peut fluctuer en fonction du taux de conversion EUR/USD.

Afin de vous garantir la bonne réception du remboursement, *Nous* n'émettons pas de chèque en USD.

Tout remboursement est subordonné à l'observation des prescriptions prévues au paragraphe 8.1.

8.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?

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

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

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

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

8.2.1. CONDITIONS D'APPLICATION

L'organisation par *Vous-même* ou par votre entourage de l'une des assistances énoncées ci-dessous ne peut donner lieu à un remboursement que si APRIL International Assistance a été prévenue de cette procédure 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 International Assistance si celle-ci avait elle-même organisé le service.

APRIL International Assistance ne peut être tenue responsable des retards ou empêchements dans l'exécution de ses services en cas de grèves, émeutes, mouvements populaires, repréailles, 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.

8.2.2. RAPATRIEMENT SANITAIRE

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

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

La destination du rapatriement est :

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

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

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, l'avion sanitaire.

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

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

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

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

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à 6 jours consécutifs, APRIL International Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour se rendre sur place. Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* en âge de majorité juridique. APRIL International Assistance organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) pendant **10 jours maximum, à raison de 115 USD par nuit.**

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

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

Si *Vous* décédez, APRIL International Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent). APRIL International Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. Les frais de cercueil liés au transport organisé par APRIL International Assistance sont pris en charge **à concurrence de 2 200 USD maximum.** Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif du service assistance.

8.2.5. 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 International Assistance met à disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

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

8.2.6. LIMITATIONS DE GARANTIE

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

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

8.3. SERVICE DE 1^{ER} AVIS MÉDICAL :

Le service de 1^{er} avis médical ne peut en aucun cas remplacer un rendez-vous physique avec un professionnel de santé ou un diagnostic médical établi par un médecin et ne saurait tenir lieu de consultation.

APRIL International Assistance vous recommande de partager les informations obtenues avec votre médecin traitant.

Vous ne devez jamais négliger un avis médical et devez consulter un professionnel de santé compétent en cas de doute ou de symptôme.

La responsabilité d'APRIL International Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements que *Vous* auriez demandés.

9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

9.1. EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.3 ci-après, sont exclus et limités 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* ;
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité* médicale qualifiée ;
- les soins nécessitant un *Accord préalable*, dispensés sans *Accord préalable* (en cas d'*Hospitalisation* sans *Accord préalable*, une *Franchise* de 20% sera appliquée à votre remboursement) ;
- les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'*Assuré* ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les frais annexes, tels que les frais de téléphone et de télévision en cas d'*Hospitalisation* ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les consultations de psychologues ;

- les traitements (*Hospitalisation*, consultations, pharmacie...) de psychothérapie, de psychanalyse, de psychiatrie, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses ;
- 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 traitements et médicaments contraceptifs ;
- les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection ;
- les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes ;
- les traitements expérimentaux ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement ;
- le traitement des troubles alimentaires ;
- la pédicure ;
- le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- les séjours en gérontologie, en instituts médico pédagogiques et établissements similaires ;
- les centres hospitaliers et structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours ;
- les hormones de croissance ;
- les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- les frais d'optique ;
- l'automutilation ;
- toute dépense non médicalement nécessaire ;
- les séjours en maison de repos ou de convalescence ;
- tout produit pharmaceutique acheté sans ordonnance ;
- les actes d'auxiliaires médicaux (hors kinésithérapie et chiropraxie) ;
- les implants et prothèses dentaires et tout traitement d'orthodontie ;
- les frais de prothèses ;
- les séances de préparation à l'accouchement ;
- les cures thermales et la thalassothérapie ;
- les frais de vaccination ;
- l'opération de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- tout traitement lié à la stérilité ou à la fertilité ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- la chirurgie au laser des yeux (y compris la correction de la myopie) et le traitement de la cataracte ;
- les bilans de santé ;
- les traitements non reconnus par les *Autorités médicales* du pays dans lequel ils se déroulent ;
- les traitements préventifs.
- les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la maladie.

9.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.3. 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 International Assistance) :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;

- les *Maladies* antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les états de grossesse 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 nouveaux-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*.

9.3. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

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

- des faits intentionnels de l'*Adhérent* ou de l'*Assuré* et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'*Assuré* ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense) ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie, de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'*Assuré* (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre* dans le pays de survenance) ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des maladies, affections, malformations antérieures à la *Date d'effet* du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales et non déclarées à l'adhésion ;
- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que : l'ULM, le deltaplane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, l'escalade (hors support artificiel), la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, le kite-surf ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- 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 pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer (au-delà de 200 miles nautiques) ;
- de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la Demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande d'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée par courrier à l'*Assuré* et acceptée par l'*Assuré*.

10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

10.1. 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://fr.april-international.com/global/april-international-expat/l-association-des-assures-d-april-international>) :

pour la garantie frais de santé :

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Axéria Prévoyance (conventions n°A3MASIAFRV2013 pour l'offre viagère et - A3MASIAFRNV2013 pour l'offre non viagère), société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 83-85, boulevard Vivier Merle, 69003 Lyon, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129 ;

pour la garantie assistance rapatriement :

une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec ACE Europe (convention n°FRBBBA01857), entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100 Leadenhall street, Londres, EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre du commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E), les prestations d'assistance étant fournies par APRIL International Assistance.

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

10.2. CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour la garantie frais de santé : l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE ;
- pour la garantie assistance rapatriement : Financial Services Authority, située 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14EHS, ROYAUME-UNI.

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

L'adhésion au contrat Asie Expat + est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes Conditions générales et le *Certificat d'adhésion*. Elle est soumise à la législation française et notamment 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.

10.3. PRESCRIPTION :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

10.4. SUBROGATION :

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

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

10.5. CONTRÔLE :

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

10.6. CONCILIATION :

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

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

10.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :

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

april international | expat

APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL

Siège social :

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

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

E-mail : info.expats@april-international.com - www.april-international.com

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

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



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