



Ma SANTÉ

FRONTALIERS

Option Soins en Suisse

CONDITIONS GÉNÉRALES 2023



Pour toute information relative à votre contrat, nous sommes à votre disposition du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 – Heure de Paris.
Tél : +33 (0)1 56 98 30 87 – Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : frontaliers@april-international.com

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	P.3
1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT « SOINS EN SUISSE »	P.4
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION.....	p.4
1.2. SERVICES EN LIGNE.....	p.4
1.3. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?.....	p.4
2. DÉFINITIONS	P.5
3. GARANTIES ET TERRITORIALITE DE VOTRE CONTRAT « SOINS EN SUISSE »	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 « SOINS EN SUISSE » ?	P.6
5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	P.6
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT?.....	p.6
5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT.....	p.7
5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT 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.8
6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION	p.8
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p.8
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ?.....	p.8
7. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT	P.9
7.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	p.9
7.2. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?	p.9
8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	P.9
8.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS	p.9
8.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION ?.....	p.11
8.3. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE AVANT D'ENTAMER CERTAINS SOINS OU TRAITEMENTS ?	p.11
8.4. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	p.12
9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT « SOINS EN SUISSE »	P.12
10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.14
10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p.14
10.2. CADRE LÉGAL	p.14
10.3. PRESCRIPTION.....	p.14
10.4. SUBROGATION.....	p.15
10.5. RÉCLAMATION – MÉDIATION	p.15
10.6. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	p.15

PRÉAMBULE

Les présentes conditions générales ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe à adhésion facultative Ma Santé Frontaliers - Soins en Suisse souscrite par l'Association des Assurés APRIL auprès de QUATREM (A3MFRSUISSEIER2019).

QUATREM est une société anonyme d'assurances au capital de 510 426 261 €, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte, 75009 Paris, FRANCE, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09. QUATREM est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans les présentes Conditions Générales.

L'Association des Assurés APRIL est une association loi 1901, située 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'organisme gestionnaire de ces conventions d'assurance est, par délégation de l'Organisme Assureur, APRIL International Care France, société par actions simplifiée 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), dont le siège social est situé 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, France. L'entreprise est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

L'*Adhérent* est la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente convention.

L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, les conditions générales et le *Certificat d'adhésion* qui mentionne l'Organisme assureur. La convention est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée dans le cadre de l'exécution de cette convention est la langue française.

Le terme « *Assuré* » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la convention Ma Santé Frontaliers. Les *Assurés* sont inscrits au *Certificat d'adhésion*.

L'adhésion à la convention A3MFRSUISSEIER2019 est réservée aux Adhérents à la convention A3MFRSUISSEIER2019.

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT « SOINS EN SUISSE »

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

Ce service vous permet de ne pas avoir à régler *Vous-même* vos frais d'*Hospitalisation*. En effet, sur simple demande, *Nous* contactons l'établissement dans lequel *Vous* êtes admis et nous 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 nous 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 6.2.

Pour bénéficier du Règlement direct de vos frais d'hospitalisation, veuillez composer le **+33 (0)1 73 02 93 99**. Ce numéro est également disponible sur votre carte assuré au sein de votre application Easy Claim.

1.2. SERVICES EN LIGNE

Depuis le site www.april-international.com, *Vous* avez accès à votre Espace Client sécurisé.

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

- retrouver vos décomptes de remboursement ainsi que ceux des membres de votre famille, vos garanties ainsi que les présentes Conditions générales,
- consulter vos coordonnées personnelles et bancaires,
- déposer vos demandes de remboursement en ligne via le module Easy Claim.

Vous pouvez télécharger les formulaires à compléter pour vos remboursements :

- 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,
- régler en ligne par carte bancaire vos échéances.

1.3. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?

Pour envoyer une Demande de remboursement :

Adressez-nous vos factures via l'application APRIL Easy Claim téléchargeable gratuitement sur l'App Store ou sur Google Play. Notre service Remboursements prendra alors en charge directement votre demande. *Vous* conservez les originaux de vos factures chez vous. Le fonctionnement et les règles d'utilisation de l'application vous seront expliqués lors de la première utilisation et restent accessibles ensuite à tout moment au sein de l'application.

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*, complété par le praticien prescrivant ces actes, à l'adresse indiquée ci-dessus ou par e-mail à remboursement.expat@april-international.com (voir paragraphe 6.3).

En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé *Attestation médicale confidentielle*

(voir paragraphe 6.2).

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.

2. DÉFINITIONS

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

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. En application de l'article 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.
- 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.
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère à la ou les conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés APRIL auprès de l'organisme assureur QUATREM et qui paie les Cotisations.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la Date d'effet de l'adhésion.
- ASSURÉ** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties du présent contrat. C'est-à-dire Vous et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites au Certificat d'adhésion. Par membres de votre famille, il faut entendre votre Conjoint et vos Enfants à charge.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance.
- 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.
- 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 Ma Santé Frontaliers et mentionnant notamment les Assurés, la Date d'effet du contrat, la formule sélectionnée. Le Certificat d'adhésion correspond aux conditions particulières du contrat.
- CONJOINT** : l'époux ou l'épouse de l'Assuré principal, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'Assuré principal bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du Sinistre. Le concubin notoire de l'Assuré principal pourra être considéré comme ayant la qualité de Conjoint si la justification de sa qualité est faite.
- COTISATION** : somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- 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. Nos bases de données constamment enrichies de tarifs de référence depuis plus de 20 ans sont mises à jour chaque année.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au Certificat d'adhésion.
- DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas dues. 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 complémentaire dans le cadre de cette activité.
- À partir de 21 ans et jusqu'à 26 ans, un certificat de scolarité est requis chaque année.
- ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ** : établissement agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux, ayant conclu une convention avec un organisme de Sécurité sociale française.
- F FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** : correspond à la participation du patient aux frais liés à son Hospitalisation.
- 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) durant lequel un lit vous est attribué, suite à un Accident, une Maladie inopinée ou une Maladie.
- M MALADIE** : toute altération de la santé constatée par une Autorité médicale compétente.
- MALADIE INOPINÉE** : 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. 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 Care France.

P **PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».

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

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) : le régime d'assurance maladie français auquel Vous êtes affilié.

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

SWISS DRG : SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, conformément à la dernière révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). L'introduction de SwissDRG dans toute la Suisse a eu lieu le 1er janvier 2012. Vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant le système SwissDRG.

T **TARMED** : structure tarifaire nationale pour les prestations médicales qui s'applique exclusivement aux prestations ambulatoires fournies dans les cabinets médicaux, les cliniques et les hôpitaux.

3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT « OPTION SOINS EN SUISSE »

3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

L'adhésion à l'option « Soins en Suisse » vous garantit, conformément à la formule sélectionnée, portée au Certificat d'adhésion, le remboursement de vos frais de santé dès le 1er euro dépensé pour vos dépenses de santé en Suisse dès lors qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une demande de remboursement auprès du Régime Obligatoire.

3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

L'option « Soins en Suisse » vous couvre exclusivement en Suisse, pour les frais médicaux n'ayant pas fait l'objet d'une demande de remboursement auprès du Régime Obligatoire.

4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

Pour être admissible à l'assurance, Vous devez :

- > résider en France pendant toute la durée du contrat,
- > être affilié à un Régime obligatoire français,
- > avoir le statut de travailleur salarié en contrat à durée indéterminé en Suisse, ou de travailleur non salarié en Suisse (cette condition s'applique uniquement à l'assuré principal),
- > être âgé de 65 ans au plus au 31 décembre de l'année d'adhésion,
- > être affilié à la convention A3MFRSUISSE2019
- > avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Questionnaire de santé maximum trois mois avant la *Date d'effet* du contrat.

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

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

La formule de garantie souscrite au sein de l'option « Soins en Suisse » doit être la même que la formule de garantie du contrat « Soins en France » Ma Santé Frontaliers.

L'Option « Soins en Suisse » FORMULE 5 PREMIUM est réservée aux assurés ayant opté pour la Formule 5 en complément du Régime Obligatoire et ayant adhéré via leur entreprise.

5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION

5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL International Care France. Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties, que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion. Elle intervient au plus tôt le lendemain suivant la réception de la Demande d'adhésion complétée et signée, sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*. Cette date figure sur le *Certificat d'adhésion* mis à votre disposition via un accès sécurisé sur votre Espace Client.

Vous pouvez souscrire l'option « Soins en Suisse » lors de votre adhésion à une formule « Soins en France » ou ultérieurement après un an d'adhésion minimum, avec une prise d'effet à la date anniversaire du contrat.

Pour plus d'information, l'Adhérent doit contacter son conseiller en assurance auprès duquel il a souscrit son contrat.

5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES A 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 :

- 3 mois pour les hospitalisations planifiées, les soins médicaux et paramédicaux,
- 10 mois pour les frais liés à la maternité, et les frais ayant une relation avec l'état de grossesse, l'accouchement et ses complications éventuelles.

Pour rappel les dépenses engagées au titre de traitements ou actes prescrits doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité des garanties. Toutes dépenses engagées pendant les Délais d'attente sont définitivement exclues des garanties et n'ouvrent droit à aucune prestation.

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 la convention à laquelle Vous avez adhéré est en vigueur.

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

5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée au plus tard le 31/10) ;
- b) en cas de résiliation par l'Adhérent, à tout moment, après douze (12) mois d'adhésion. Votre résiliation prendra effet un mois à compter de la date de réception de votre notification et devra être adressée à APRIL International Care France par :
 - courrier simple ou recommandé à l'adresse suivante : Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE
 - ou par e-mail à care@april-international.com ;
- c) en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 6.3) ;
- d) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés APRIL 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 4) ;
- f) lorsque Vous ne résidez plus en France, sur présentation d'un document officiel en attestant ;
- g) en cas de fausse déclaration, conformément aux dispositions ci-dessous.

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

Sanctions en cas de fausse déclaration

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non établies par APRIL dans les informations qui lui seront fournies entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances français et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Article L113-8 du Code des assurances

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le Sinistre. Les *Cotisations* payées demeurent alors acquises à l'organisme assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article L 113-9 du Code des assurances :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la

nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout **Sinistre**, l'organisme assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de **Cotisation** acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la **Cotisation** payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un **Sinistre**, l'indemnité est réduite en proportion du taux des **Cotisations** payées par rapport aux taux des **Cotisations** qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent dans les cas suivants :

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

Les dispositions suivantes issues de l'article L112-9-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 simple 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 du jour de la conclusion du contrat.

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 16 ou d'adresser à APRIL International Care France – Service Courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCE une lettre rédigée sur le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) M.....(nom, prénom, adresse)déclare renoncer à mon adhésion au contrat « Ma Santé Frontaliers » n°.....Fait àle Signature

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

Si des prestations ont déjà été versées au titre de ce contrat, l'Adhérent ne pourra plus exercer son droit à renonciation.

6. COTISATIONS

6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?

La Cotisation est déterminée en fonction de l'âge de chaque Assuré à la Date d'effet du contrat et de la formule de garantie choisie.

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

Lorsque plusieurs personnes sont couvertes par un même contrat, la **Cotisation** totale sera la somme des **Cotisations** des Assurés sous ce contrat. L'Adhérent bénéficie d'une réduction sur la **Cotisation** enfant à partir du 2^{ème} enfant assuré.

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 chaque Assuré et de la formule sélectionnée.

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

6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

Les **Cotisations** sont payables d'avance en euros, annuellement, trimestriellement, semestriellement par carte bancaire, virement bancaire ou prélèvement SEPA sur un compte bancaire en euro domicilié en France, ou mensuellement par prélèvement, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent figurant sur sa Demande d'adhésion.

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

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

7.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

La formule de garantie souscrite au sein de l'option « Soins en Suisse » doit être la même que la formule de garantie du contrat Ma Santé Frontaliers « Soins en France ». Ainsi, sous réserve de notre acceptation, toute évolution de la formule de garantie du contrat « Soins en France » entraîne la modification dans les mêmes conditions de la formule « Soins en Suisse » à savoir :

- en cas de changement à la hausse, avec une prise d'effet à la date anniversaire du contrat,
- en cas de changement à la baisse, dans un délai de 2 ans après son adhésion.

Cas particulier de l'option « Soins en Suisse » Formule 5 Premium : pour bénéficier de cette option et sous réserve de notre acceptation, vous devez :

- > avoir souscrit la Formule 5 « Soins en France »,
- > avoir adhéré via votre entreprise.

7.2. 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 domicile (**par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets**) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle.

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

Assurances cumulatives :

Les remboursements du Régime obligatoire français, de l'organisme assureur et de tout autre organisme public ou privé ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DU CONTRAT.

Quand elles sont contractées sans fraude et conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la Convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

8.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS :

Les frais de santé sont pris en charge dans la limite des Frais réels et des Coûts raisonnables et habituels compte tenu de la localité/région dans laquelle ils sont pratiqués.

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

Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de survenance du Sinistre. Seuls les frais correspondants à des actes dispensés pendant la période de couverture pourront être indemnisés.

5 options « Soins en Suisse » sont proposées selon le niveau de couverture souhaité : FORMULE 2, FORMULE 3, FORMULE 4, FORMULE 5, FORMULE 5 PREMIUM.

Ces formules ne peuvent être souscrites qu'en complément de la formule « Soins en France » correspondante. Les FORMULES 5 et 5 PREMIUM « Soins en Suisse » peuvent être souscrites en complément de la FORMULE 5 « Soins en France ». Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule choisie et mentionnée sur votre Certificat d'adhésion, conformément au tableau des garanties.

Les frais médicaux doivent avoir été exposés en Suisse et ne doivent pas avoir fait l'objet d'une demande de remboursement auprès du Régime obligatoire.

Plafonds et Franchise :

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.

Une Franchise annuelle de 300€ est applicable par Assuré et par Année d'assurance pour les actes mentionnés au tableau de garanties ci-dessous (hors hospitalisation).

DÉSIGNATION DES ACTES	FORMULES					
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5	FORMULE 5 PREMIUM
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)						
Prestations hospitalières en hôpitaux relevant du SwissDRG	–	100% du tarif SwissDRG*	100% du tarif SwissDRG*	100% du tarif SwissDRG*	100% du tarif SwissDRG*	100% des Frais réels
Prestations hospitalières en cliniques et hôpitaux ne relevant pas du SwissDRG	–	1 300 € par jour	1 300 € par jour	1 500 € par jour	1 800 € par jour	100% des Frais réels en chambre semi-privée
	–					75% des Frais réels en chambre privée
Prestations hospitalières en ambulatoire	–	100% du tarif TARMED	100% du tarif TARMED	100% du tarif TARMED	100% du tarif TARMED	100% des Frais réels
Transport du malade lié à l'hospitalisation	–	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Maisons de réhabilitation et assimilé suite à hospitalisation (maximum 20 jours par an)	–	300 € par jour	300 € par jour	400 € par jour	500 € par jour	75% des Frais réels

DÉSIGNATION DES ACTES	FORMULES					
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5	FORMULE 5 PREMIUM
SOINS COURANTS						
Plafond par an et par assuré	-	-	1200 €	1750 €	2750 €	Frais réels
Franchise par an et par assuré	-	-	300 €	300 €	300 €	300 €
Honoraires médicaux : généralistes et spécialistes	-	-	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	90% des <i>Frais réels</i>
Honoraires paramédicaux, radiologie, analyses			100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	90% des <i>Frais réels</i>
Soins externes et actes médicaux courants	-	-	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	90% des <i>Frais réels</i>
Médecine naturelle (chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, homéopathe)	-	-	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	90% des <i>Frais réels</i>
Médicaments prescrits	-	-	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>

8.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION :

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.

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 frontaliers@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 Care France** - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - 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).

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

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

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

8.3 COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE AVANT D'ENTAMMER CERTAIN 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 une Demande d'entente préalable accompagnée 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 frontaliers@april-international.com.

Sont soumis à Accord préalable :

- les Hospitalisations,
- les actes en série (chiropraxie, acupuncture, ostéopathie...) au-delà de 5 séances par Année d'assurance, En cas de grossesse, veuillez nous adresser un document attestant de votre état.

8.3 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS :



1 vous consultez un professionnel de santé,



2 vous envoyez votre demande de Remboursement à APRIL International via votre appli Easy Claim,



3 une fois la demande acceptée, recevez le remboursement le Jour J grâce au virement instantané

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 nous assurer que vos soins sont couverts au titre du présent contrat. En cas de désaccord sur le montant du règlement, veuillez nous avvertir dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte. Vous êtes remboursé par virement sur un compte en France (veuillez nous adresser un RIB).

Tout remboursement est subordonné à l'observation des prescriptions prévues au paragraphe 6

9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT « SOINS EN SUISSE »

Sont exclus de l'option « Soins en Suisse » :

- > toute dépense engagée au titre de traitements ou actes réalisés en dehors de la période de validité des garanties ou pendant les Délais d'attente ;
- > toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une Autorité médicale qualifiée ;
- > les 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 ;
- > les frais et séjours dans des institutions psychiatriques ou des services psychiatriques ;
- > 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 (notamment téléphone, internet et 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 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 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 thalassothérapies ;
- > 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 couverte par le présent contrat ;
- > les hormones de croissance ;
- > les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- > les lunettes et lentilles sans correction visuelle ;
- > toute dépense non médicalement nécessaire ;
- > les frais de contraception ;
- > les frais de médecine préventive (hors vaccins) ;
- > les frais de consultation de professeurs ;
- > les bilans de santé ;
- > les traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- > les frais de traitement pour lutter contre l'obésité ;
- > les traitements de la stérilité ;
- > les frais de procréation médicale assistée ;
- > les traitements non reconnus par les Autorités médicales du pays dans lequel ils se déroulent.

Sont également exclues de l'option « Soins en Suisse » 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 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, d'une tentative de suicide ou de l'automutilation de l'Assuré ;
- > 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 le Code de la route 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 ;
- > de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

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 varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, le kitesurf, le free-running, le parkour, le hockey sur glace, le speed riding, le base jump, le sky-surfing, la chute libre, la randonnée/ le trek nécessitant l'usage de corde/piolet/crampons, les sports de défense et de combat et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- > la participation à des cursus et programmes d'études sportifs ;
- > de la participation à titre professionnel à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique à titre professionnel des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
- > de la pratique de tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- > de la pratique d'activités sportives impliquant l'utilisation ou la présence d'un animal telles que l'équitation, les compétitions équestres et les corridas ;
- > des Accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré a la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- > de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

10. DISPOSITION GÉNÉRALES

10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Les présentes Conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe Ma Santé Frontaliers souscrite par l'Association des Assurés APRIL auprès de QUATREM (A3MFRSUISSEIER2019).

QUATREM est une société anonyme d'assurances au capital de 510 426 261 €, dont le siège social est situé : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, FRANCE, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724.

L'Association des Assurés April est une association loi 1901, dont le siège social est situé 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité Sociale.

L'organisme gestionnaire de ces conventions est, par délégation de l'organisme assureur, APRIL International Care France, société par actions simplifiée 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), dont le siège social est situé 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, FRANCE.

10.2. CADRE LÉGAL :

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

APRIL International Care France est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

L'adhésion au contrat Ma Santé Frontaliers 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 :

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de deux (2) ans à compter de

l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et suivant du code des assurances qui prévoient :

Article L114 -1 : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1) en cas réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2) en cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'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 l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré ».

Article L114 -2 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114 -3 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.»

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

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

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 L121-12 du Code des assurances français relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

Si Vous êtes victime d'un Accident, 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. RÉCLAMATION-MÉDIATION :

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier.

Si la réponse ne vous satisfait pas, Vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamation :

APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE E-mail : reclamation.expats@april-international.com

Pour votre information, notre assureur partenaire QUATREM (21 rue Laffitte - 75009 Paris, FRANCE) nous a confié le traitement des réclamations.

Vos interlocuteurs seront attachés à vous apporter une réponse sous 48 heures ouvrées ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à vous communiquer, sous 48 heures, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder 2 mois.

Médiation :

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 dont les coordonnées Vous seront communiquées par le Service Réclamations, sur simple demande écrite. Le médiateur peut être saisi dans un délai d'un (1) an, conformément à l'article L612-2 du Code de la consommation.

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 de 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 Care France, 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 10.6).

10.6. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL International Care France sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL International Care France met 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. Pour répondre à ses obligations légales, APRIL International Care France met également 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.

Ces données sont destinées à l'Organisme assureur et à APRIL International Care France en tant que responsables des traitements. Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi. Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales. Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL International Care France à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Care France.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL soit par courrier à l'adresse suivante: APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, France, soit par e-mail à dpo.AICF@april.com.

Conformément aux dispositions de l'article L 561- 45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223 -1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à :

Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6, rue Nicolas Siret - 10300 TROYES soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Organisme assureur et APRIL International Care France de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

RENONCIATION

Article L112-9 et article L132-5-1 du Code des assurances français

Article L.112-9 : « 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 (ou 30 jours pour une garantie capital décès) à compter du lendemain du jour de la conclusion du contrat, 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 Frontaliers « Soins en Suisse » Réf. MSF Cov**

Référence du contrat :

Numéro client :

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 :





APRIL International Care France

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE

Tél: +33 (0)1 73 02 93 93

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

S.A.S. au capital de 200 000 € RCS Paris 309 707 72 Intermédiaire en assurances

Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436

PARIS CEDEX 09 - FRANCE.

