



Conditions générales 2026 - 2027

MyHealth International

Tout savoir sur votre contrat et vos garanties

Référence : NMHI26

Sommaire

1. Définitions relatives au fonctionnement de votre contrat	P. 3
1.1. Définitions communes à toutes les garanties.....	P. 3
1.2. Définitions spécifiques à la garantie frais de santé.....	P. 4
1.3. Définitions spécifiques à la garantie assistance rapatriement.....	P. 4
1.4. Définitions spécifiques à la garantie responsabilité civile vie privée.....	P. 4
2. Qui peut bénéficier du contrat ?	P. 5
3. Territorialité de votre contrat.....	P. 5
4. Ce que couvre votre contrat.....	P. 6
4.1. Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ?.....	P. 6
4.2. Garanties Frais de santé.....	P. 6
4.3. Garanties Assistance rapatriement.....	P. 15
4.4. Responsabilité civile vie privée.....	P. 20
5. Ce qui est exclu de votre contrat.....	P. 21
6. Date d'effet, durée et renonciation au contrat.....	P. 25
6.1. Quand débute votre contrat ?.....	P. 25
6.2. Délais d'attente applicables à votre contrat.....	P. 25
6.3. Durée de couverture et renouvellement de votre contrat.....	P. 26
6.4. Quand est-ce que les garanties de votre contrat cessent ?	P. 26
6.5. Comment renoncer à votre contrat ?.....	P. 26
7. Cotisations	P. 26
7.1. Le calcul et l'évolution des <i>Cotisations</i>	P. 26
7.2. Les modes de paiement	P. 27
7.3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement des <i>Cotisations</i> ?	P. 28
8. Évolutions de votre contrat.....	P. 27
8.1. Comment modifier votre contrat ?	P. 27
8.2. Quelles informations devez- Vous porter à notre connaissance ?	P. 28
9. Dispositions générales.....	P. 28
10. Annexe : Dispositions spécifiques en cas de couverture en complément de la CFE.....	P.30

Les remboursements de l'organisme assureur et de tout autre organisme public ou privé ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, Vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix. SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DU CONTRAT. La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

1. Définitions relatives au fonctionnement de votre contrat

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

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

1.1. Définitions communes à toutes les garanties:

A ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine à caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure dont l'Assuré est victime pendant la période de validité de ses garanties. 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 au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'association contractante et s'engage aux obligations correspondantes, notamment le paiement des *Cotisations*. Ses coordonnées sont indiquées sur l'*Attestation d'assurance*. L'Adhérent adhère au contrat soit pour lui-même soit en tant que représentant légal d'un Assuré, soit en tant que représentant légal de l'entreprise Adhérente.

AFFECTION MÉDICALE : altération de l'état de santé ou *Maladie*.

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

ASSURÉ(S) : désigne l'Assuré principal et les Ayants-Droit mentionnés sur l'*Attestation d'assurance*.

ASSURÉ PRINCIPAL : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat, désignée par « Vous » dans le présent document.

ATTESTATION D'ASSURANCE : document que Nous remettons à l'Adhérent, confirmant son adhésion au contrat MyHealth International et mentionnant notamment les Assurés, la *Date d'effet*, les garanties et formules sélectionnées. L'*Attestation d'assurance* correspond aux conditions particulières du contrat.

AUTORITÉ MÉDICALE : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité et autorisée à exercer dans les spécialisations qui sont les siennes dans le pays où Vous Vous trouvez.

AYANTS-DROIT : Conjoint et Enfant(s) à charge qui bénéficient des garanties du contrat et qui sont portés sur l'*Attestation d'assurance*.

C CONJOINT : l'époux ou l'épouse de l'Assuré principal ou son concubin déclaré.

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

D DATE D'EFFET : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée sur l'*Attestation d'assurance*.

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

E ENFANT À CHARGE : votre enfant, celui de votre Conjoint, célibataire et fiscalement à charge jusqu'à 21 ans. Les enfants de moins de 28 ans tant qu'ils poursuivent des études sont également couverts, même s'ils ne résident pas au domicile familial, mais néanmoins dans la même zone de couverture que Vous.

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

F FRANCHISE : somme qui, dans le règlement d'un Sinistre, reste à votre charge.

M MALADIE : toute altération de l'état de santé constatée par une Autorité médicale compétente.

MALADIE SOUDAINE : toute altération de la santé constatée par une Autorité médicale compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.

MALADIE PRÉEXISTANTE : Affection médicale ou pathologie diagnostiquée, ou Prise en charge médicalement, ou explorée par des examens médicaux et/ou traitée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion (incluant votre Questionnaire de santé). Est considérée comme *Maladie préexistante* toute affection de ce type ou symptomatique dont Vous avez eu connaissance, ou dont Vous auriez raisonnablement pu avoir connaissance au moment de l'adhésion au contrat.

N NOUS : APRIL International Care France

P PAYS DE RÉSIDENCE : le pays dans lequel Vous résidez habituellement, différent de votre Pays de nationalité, comme déclaré dans votre Demande d'adhésion.

PAYS DE NATIONALITÉ : pays pour lequel vous détenez un passeport ou tout autre document officiel d'identité en cours de validité.

PAYS D'ORIGINE : le pays de résidence de l'Assuré avant son départ ou son Pays de nationalité, différent du Pays de résidence déclaré.

PAYS EXCLUS : en fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler ou pour des raisons règlementaires, la couverture pour certains pays ou certaines régions est exclue. La liste complète des Pays exclus est disponible sur notre site en [clicquant ici](#) 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.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE : qui a nécessité une consultation médicale et/ou une prescription d'examens médicaux et/ou un traitement médical.

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

SYMPTÔME : signe fonctionnel, ressenti ou observable, qui représente une manifestation d'un état ou d'une *Maladie*, permettant de la déceler.

- 2 ZONE DE COUVERTURE** : zone géographique dans laquelle Vous êtes couvert à l'année et qui figure sur votre *Attestation d'assurance*.

1.2. Définitions spécifiques au fonctionnement de la garantie frais de santé :

- A ACCORD PRÉALABLE** : les *Hospitalisations*, les soins liés à la Maternité, les actes en série et les actes médicaux supérieurs à 2 000 €/US\$ sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à Nous faire parvenir une *Demande d'entente préalable* accompagnée d'un devis détaillé et une ordonnance au plus tard 5 jours avant vos soins. En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* ». Une pénalité de 50% sera retenue sur votre remboursement si cette formalité n'est pas respectée.

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 médicale*) afin d'obtenir notre *Accord préalable*. Une pénalité de 50% sera retenue sur votre remboursement si cette formalité n'est pas respectée.

- C CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER (CFE)** : organisme de protection sociale auquel l'Assuré peut être affilié. En cas de souscription d'une couverture santé en complément de la CFE, les garanties s'appliquent selon les modalités et limites définies dans l'Annexe 10 – Dispositions spécifiques en cas de couverture en complément de la CFE, qui complète les présentes Conditions générales.

COPALEMENT : part fixe qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.

COÛTS RAISONNABLES ET HABITUELS : les coûts des frais de santé sont considérés comme étant raisonnables et habituels lorsqu'ils n'excèdent pas les tarifs habituellement pratiqués pour une prestation ou un traitement identique dans la localité où ils sont engagés. Les frais médicaux sont très variables selon les pays, voire entre les praticiens ou établissements d'une même localité : certains pratiquent des tarifs plus élevés que d'autres, à qualité de prestation équivalente. Pour éviter ce type d'abus, et grâce à une très bonne connaissance des systèmes de santé locaux, Nous avons construit des bases de données constamment enrichies de tarifs de référence depuis plus de 30 ans, mises à jour chaque année. Si Nous considérons qu'une demande de remboursement est inappropriée, Nous nous réservons le droit de réduire ou de refuser sa prise en charge.

- D DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée sur l'*Attestation d'assurance*.

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

- F FRAIS RÉELS** : ensemble des dépenses de santé qui Vous sont facturées.

- M MÉDICALEMENT NÉCESSAIRE** : un acte médical qui est nécessaire au diagnostic ou au traitement d'une *Affection médicale* et basé sur des pratiques médicales actuelles généralement acceptées. Une prestation ne sera pas considérée comme *Médicalement nécessaire* si elle est réalisée uniquement par souci de commodité pour le prestataire ou l'Assuré(e) et/ou n'est pas adéquate au vu des *Symptômes* de l'Assuré(e), et/ou est supérieur(e), en termes d'étendue, de durée ou d'intensité, au degré de soin nécessaire pour diagnostiquer ou traiter une *Affection médicale* de façon appropriée.

- U URGENCE MÉDICALE** : toute altération soudaine et imprévisible de la santé nécessitant l'avis d'une *Autorité médicale* et des soins immédiats (sous 48 heures) dont l'ajournement pourrait engendrer une aggravation sévère de l'état de santé.

1.3 Définitions spécifiques à la garantie assistance rapatriement :

- A ACTE DE TERRORISME OU DE SABOTAGE, ATTENTAT** : toute action clandestine, ayant une motivation idéologique et/ou politique, mise en œuvre à titre individuel ou collectif, dirigée contre des personnes ou des entités publiques ou privées afin :

- de mener une action criminelle destinée à nuire à la vie d'autrui ;
- d'impressionner la population et d'instituer une atmosphère d'insécurité générale ;
- de désorganiser le fonctionnement des transports publics ou de troubler le fonctionnement des entreprises ou des institutions fabriquant ou transformant des biens ou fournissant des services.

AGRESSION : toute atteinte corporelle subie involontairement par l'Assuré, provenant d'une action volontaire, soudaine et brutale d'une autre personne ou d'un groupe de personnes.

- B BAGAGES** : les sacs de voyage, les valises, les effets ou objets personnels de l'Assuré qu'ils contiennent, ainsi que tout autre objet enregistré auprès d'un transporteur.

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

- D DOMMAGE CORPOREL** : toute atteinte physique subie par une personne.

- E ÉQUIPE MÉDICALE** : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur de l'Assisteur.

- F FORCE MAJEURE** : tout événement imprévisible, irrésistible et extérieur.

- M MEMBRE DE LA FAMILLE** : vos *Conjoint*, enfant, frère, sœur, père, beaux-parents, petits-enfants, grands-parents ou votre tuteur légal, domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.

- P PROCHE** : toute personne physique désignée par Vous ou l'un de vos *Ayants-droit* et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.

1.4 Définitions spécifiques à la garantie responsabilité civile vie privée :

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

2. Qui peut bénéficier du contrat ?

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

- résider en dehors de votre *Pays de nationalité*,
- au moment de la *Date d'effet* du contrat :
 - être âgé entre 16 et 60 ans pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée lorsque votre *Pays de résidence* déclaré est l'un des pays suivants : Brésil, Costa Rica, Chili, Chine, Emirats Arabes Unis, Etats-Unis, Hong Kong, Japon, Mexique, Royaume Uni, Singapour, Taiwan et Thaïlande,
 - être âgé entre 10 et 74 ans pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée dans le reste du monde.

L'âge minimum pour les garanties frais de santé, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée ne s'applique que pour les enfants assurés seuls sur un contrat. *Vous* pouvez assurer vos enfants en dessous de ces âges minimums à condition d'être *Vous-même* assuré.

- avoir répondu aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Questionnaire de santé au maximum 3 mois avant la *Date d'effet* du contrat.

Peuvent également être couverts par ce contrat vos *Ayants-droit* (s'il sont mentionnés sur votre *Attestation d'assurance*).

L'ajout d'un *Enfant à charge* sur le contrat :

- ***Vous* bénéficiez d'une couverture de la Maternité depuis au moins 12 mois consécutifs :**
 - Pour couvrir votre enfant à la naissance sans formalité médicale, veuillez *Nous* adresser votre demande d'affiliation, accompagnée d'un **acte de naissance dans un délai de 30 jours** suivant la naissance.
 - **Au-delà de ce délai**, les nouveau-nés sont affiliés **sous réserve d'acceptation par notre service médical** :
 - Un **questionnaire de santé** ainsi qu'un **compte rendu d'Hospitalisation de naissance** *Vous* serez demandés,
 - L'adhésion du nouveau-né ne pourra prendre effet qu'au plus tôt le lendemain de notre *Acceptation médicale*.

À noter : si une étude approfondie est nécessaire, l'adhésion prendra effet au plus tôt le jour de l'acceptation des conditions particulières communiquées.

- ***Vous* ne bénéficiez pas d'une couverture de la Maternité (ou depuis moins de 12 mois)** : veuillez *Nous* adresser votre demande d'affiliation, accompagnée d'un **questionnaire de santé** et d'un **compte rendu d'Hospitalisation de naissance**. L'adhésion du nouveau-né ne pourra prendre effet qu'au plus tôt le lendemain de notre *Acceptation médicale*.

À noter : si une étude approfondie est nécessaire, l'adhésion prendra effet au plus tôt le jour de l'acceptation des conditions particulières communiquées.

Pour les nouveau-nés issus de gestation pour autrui (GPA), ainsi que pour les enfants adoptés, placés en centre ou famille d'accueil, veuillez noter que l'adhésion sera soumise à une étude médicale complète et qu'un questionnaire de santé ou certificat médical de bonne santé pourra être demandé ; en cas d'acceptation la couverture commencera à la date d'acceptation sous réserve de l'accord délivré et des conditions d'acceptation transmises.

L'adhésion repose sur vos déclarations et celles de l'*Adhérent* et la bonne foi des parties. L'adhésion est subordonnée à notre acceptation médicale. *Nous* nous réservons la possibilité de demander des formalités médicales complémentaires en fonction des réponses faites au Questionnaire de santé. Si *Vous* (ou un membre de votre famille) présentez un risque aggravé (professionnel ou médical), *Nous* pourrions être amenés soit à *Vous* accepter mais à des conditions particulières, soit à refuser l'adhésion.

3. Territorialité de votre contrat

Pour les garanties frais de santé et assistance rapatriement de base :

Les garanties sont acquises à l'année dans le *Pays de résidence* indiqué sur votre *Attestation d'assurance*.

Les garanties sont également acquises dans la *Zone de couverture* indiquée sur votre *Attestation d'assurance*.

Deux Zones de couvertures sont proposées :

Zone 1 : Monde entier incluant les Etats-Unis

Zone 2 : Monde entier hors Etats-Unis

En outre, pour les Assurés en zone 2, les garanties sont valables aux Etats-Unis en cas d'Accident ou d'Urgence médicale lors de séjours temporaires, pour raison non médicale, n'excédant pas 60 jours consécutifs et à hauteur des plafonds mentionnés au tableau de garanties.

Pour un séjour au-delà de 60 jours consécutifs en dehors de la *Zone de couverture*, l'Adhérent doit Nous faire part du changement afin d'ajuster sa *Zone de couverture* et sa *Cotisation*.

Pour les garanties assistance rapatriement complète, responsabilité civile vie privée :

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

En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est exclue.

La liste complète des *Pays exclus* est disponible depuis notre site en [cliquant ici](#) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expats@april-international.com. Cette liste de *Pays exclus* est susceptible de varier.

4. Ce que couvre votre contrat

4.1. Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ?

L'adhésion au présent contrat Vous garantit, en fonction des formules et garanties sélectionnées, une couverture santé internationale au 1^{er} € ou US\$ dépensé.

Dans ce cadre, Vous et vos Ayants-droit bénéficiez d'une prise en charge des traitements et actes *Médicalement nécessaires* ainsi que des frais, services et fournitures associés lorsqu'ils sont le résultat de la survenance ou de l'aggravation d'une *Affection médicale*.

La garantie assistance rapatriement de base est incluse dans votre contrat avec votre garantie frais de santé.

Vous pouvez souscrire en option à la garantie : Assistance rapatriement complète et Responsabilité civile vie privée. Cette option peut être souscrite seule.

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

4.2. Garanties Frais de santé

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

Le contrat MyHealth International vous propose 4 formules au choix intégrant des niveaux de garanties et des réseaux de soins différents.

En effet, pour faciliter votre accès à des soins de qualité, veiller à ce que le traitement proposé soit adapté à votre état de santé et cohérent avec les tarifs pratiqués localement, Nous mettons à votre disposition des réseaux de professionnels de santé pratiquant des *Coûts raisonnables et habituels* (voir le paragraphe 4.4.5). Si Vous recevez des soins dans un établissement de santé ou d'un praticien qui n'est pas membre du réseau applicable à votre niveau de couverture ou recommandé par APRIL International, Vous vous exposez à un reste à charge de 40% applicable sur le montant de votre demande de remboursement si le coût de vos soins excède les normes locales (hors *Urgence vitale*).

Retrouvez les informations relatives au réseau de soins APRIL International :

- au sein de votre Guide Assuré et depuis votre Espace Assuré ;
- auprès de nos équipes : elles sont à votre écoute pour Vous accompagner dans toutes vos démarches de santé.

4.2.1 Nature des remboursements

Est garantie la prise en charge de toutes les dépenses de santé *Médicalement nécessaires* pour des actes mentionnés au tableau des garanties (voir pavé 4.2.2), prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée.

Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule, les garanties et le niveau de remboursement choisis, conformément au tableau des garanties. Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro ou le dollar US 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.

La formule, les garanties, le niveau de *Franchise* ou de *Copaiement* sélectionnés par l'*Adhérent* sont portés sur son *Attestation d'assurance* et s'appliquent à l'ensemble des membres de la famille inscrits au contrat.

Plafonds :

Les plafonds de remboursement sont exprimés par *Assuré* et par *Année d'assurance* :

- **Pour la formule Explore** : le plafond global de remboursement est fixé à 500 000 €/US\$
- **Pour la formule Essential** : le plafond global de remboursement est fixé à 1 500 000 €/US\$
- **Pour la formule Extensive** : le plafond global de remboursement dépend du pays dans lequel sont réalisés les soins :
 - En Chine, aux Etats-Unis, à Hong-Kong, au Japon ou à Singapour le plafond de remboursement est fixé à 2 000 000 €/US\$
 - Dans le reste du monde, le plafond est illimité
- **Pour la formule Elite** : le plafond global de remboursement dépend du pays dans lequel sont réalisés les soins :
 - En Chine, aux Etats-Unis, à Hong-Kong, au Japon ou à Singapour le plafond de remboursement est fixé à 4 000 000 €/US\$
 - Dans le reste du monde, le plafond est illimité

4.2.2 Tableau de garanties Frais de santé

Les garanties sont exprimées **par Assuré et par Année d'assurance**, sauf mention contraire.

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

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Plafond global	500 000 €/US\$	1 500 000 €/US\$	Pays listés*: 2 000 000 €/US\$ Reste du monde : illimité	Pays listés*: 4 000 000 €/US\$ Reste du monde : illimité
Hospitalisation**				
Hospitalisation médicale, chirurgicale ou hospitalisation de jour > Frais de séjour > Unité de soins intensifs > Traitements et actes médicaux > Examens, analyses, médicaments > Honoraires du médecin, du chirurgien, du personnel soignant et de l'anesthésiste	100%	100%	100%	100%
Chambre d'hôpital Lorsque l'assuré passe au moins une nuit à l'hôpital en tant que patient hospitalisé	Chambre semi privée	Chambre privée	Chambre privée	Chambre privée
Traitements d'urgence en dehors de la zone de couverture	75 000 €/US\$ Jusqu'à 60 jours	150 000 €/US\$ Jusqu'à 60 jours	300 000 €/US\$ Jusqu'à 60 jours	100% Jusqu'à 60 jours
Imagerie médicalement avancée (IRM, scanner et PET scans) Dans le cadre d'une hospitalisation ou d'un passage en hôpital de jour	10 000 €/US\$	15 000 €/US\$	20 000 €/US\$	100%
Lit pour un parent accompagnant En cas d'hospitalisation d'un enfant assuré de moins de 18 ans	Non pris en charge	100%	100%	100%

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Transport en ambulance Transport en ambulance vers et/ou depuis l'hôpital dans le cadre d'une hospitalisation	100%	100%	100%	100%
Prothèses internes et dispositifs médicaux Nécessaires dans le cadre d'une hospitalisation	100%	100%	100%	100%
Chirurgie dentaire d'urgence Pour restaurer ou réparer dans les 14 jours suivant l'accident	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%
Pré et Post Hospitalisation prise en charge par APRIL				
Pré Hospitalisation Soins et consultations reçus dans les 30 jours précédant une hospitalisation	3 000 €/US\$	5 000 €/US\$	100%	100%
Post Hospitalisation Soins et consultations reçus dans les 90 jours suivant une hospitalisation	5 000 €/US\$	7 000 €/US\$	100%	100%
Rééducation Traitements entamés dans les 3 mois suivant une hospitalisation et destinés à retrouver la santé et la mobilité	100% Jusqu'à 20 jours	100% Jusqu'à 20 jours	100% Jusqu'à 30 jours	100% Jusqu'à 60 jours
Prothèses externes et appareillages médicaux Après une hospitalisation, un traitement en hôpital de jour, un accident ou un passage aux urgences	80% Jusqu'à 2 500€/US\$	80%	90%	100%
Prise en charge et accompagnement en cas d'affection médicale redoutée				
Traitements liés au cancer (oncologie, chimiothérapie, radiothérapie) Prise en charge des consultations, diagnostics et soins dans le cadre d'une hospitalisation, d'un traitement ambulatoire ou en médecine de ville	100%	100%	100%	100%
Appareillage et accompagnement liés au cancer > Comprend les perruques, bandeaux et soutien-gorge post-mastectomie > Accompagnement psychologique avec un professionnel agréé	Non pris en charge	Non pris en charge	250 €/US\$	400 €/US\$
Chirurgie préventive du cancer (après 12 mois d'assurance***)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	25 000 €/US\$
Greffe d'organes, de moelle osseuse et traitement par cellules souches Limité aux séjours hospitaliers. Les frais de donneur et d'acquisition sont exclus	100%	100%	100%	100%
Dialyse rénale Prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour	100%	100%	100%	100%
Soins liés au VIH/SIDA Prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour	100%	100%	100%	100%

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Soins palliatifs Limites applicables sur toute la vie du contrat, en établissement ou unité spécialisée	25 000 €/US\$	40 000 €/US\$	100%	100%
Pathologies congénitales Limites applicables sur toute la vie du contrat. Prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour	50 000 €/US\$	100 000 €/US\$	100%	100%
Hospitalisation psychiatrique Prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation complète	Non pris en charge	Non pris en charge	8 000 €/US\$ Jusqu'à 15 jours	Jusqu'à 30 jours
Complications liées à la grossesse (après 12 mois d'assurance***) Soins relatifs aux complications pendant la grossesse, avant l'accouchement	Non pris en charge	100%	100%	100%

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Médecine courante – Garantie optionnelle				
Plafond global	3 000 €/US\$	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond
Téléconsultation En partenariat avec Teladoc	Illimitée	Illimitée	Illimitée	Illimitée
Honoraires médicaux > Médecins généralistes > Médecins spécialistes	100% dans la limite du plafond annuel	2 500 €/US\$	8 000 €/US\$	100%
Pharmacie Sur prescription médicale et dans la limite du prix du médicament générique lorsque ce dernier existe	100% dans la limite du plafond annuel	2 000 €/US\$ montant doublé en cas de maladie chronique	6 000 €/US\$ montant doublé en cas de maladie chronique	100%
Traitement hormonal Pour soulager les symptômes d'une ménopause précoce et sur prescription médicale	Non pris en charge	Non pris en charge	250 €/US\$	500 €/US\$
Laboratoire, test, diagnostic et imagerie médicale avancée (IRM, scanner et PET scans) Sur prescription médicale	100% dans la limite du plafond annuel	5 000 €/US\$	100%	100%
Santé mentale Consultations de psychiatre, psychologue et psychothérapeute	Non pris en charge	500 €/US\$ max 7 consultations	1 200 €/US\$ max 10 consultations	4 000 €/US\$ max 20 consultations
Médecines complémentaires Consultations de kinésithérapeute, orthoptiste, podologue/pédicure, orthophoniste, ergothérapeute	Max 5 consultations et dans la limite du plafond annuel	1 000 €/US\$ max 10 consultations	€/US\$1,500 max 15 consultations	100%

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Médecines alternatives Consultations d'ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, acupuncteur, praticien en médecine traditionnelle chinoise, hypnothérapeute	Non pris en charge	500 €/US\$	1 000 €/US\$	4 000 €/US\$
Soins infirmiers à domicile Sur prescription médicale	Max 30 jours et dans la limite du plafond annuel	2 000 €/US\$ jusqu'à 30 jours	6 000 €/US\$ jusqu'à 60 jours	100% jusqu'à 120 jours
Appareillages et prothèses externes Y compris auditifs (hors dentaires) sur prescription médicale	Non pris en charge	2 000 €/US\$	3 500 €/US\$	5 000 €/US\$
Prévention				
Dépistages préventifs pour les adultes : > Mammographie pour les femmes à partir de 40 ans > Frottis (Pap test) pour les femmes à partir de 19 ans > Dépistage du cancer de la prostate pour les hommes à partir de 40 ans > Dépistage du cancer colorectal pour les femmes et les hommes à partir de 45 ans	100% dans la limite du plafond annuel	100%	100%	100%
Bilan de santé Examens médicaux et auditifs / bilans ou examens individuels en l'absence de diagnostic	Non pris en charge	200 €/US\$	800 €/US\$	2 000 €/US\$
Suivi médical préventif de l'enfant > Contrôle du développement physique et général, d'aptitude scolaire, examen auditif et dépistage du diabète > Jusqu'à 3 ans : jusqu'à 2 examens par an > De 4 à 15 ans : jusqu'à 1 examen par an	Non pris en charge	200 €/US\$	800 €/US\$	100%
Vaccins Vaccins de l'enfance, vaccins obligatoires, vaccins liés aux voyages	100% dans la limite du plafond annuel	100%	100%	100%
Nutrition Consultations avec des diététiciens ou nutritionnistes	Non pris en charge	Non pris en charge	150 €/US\$	100% max 5 consultations
Automédication Contraceptifs, vitamines, substituts nicotiniques, médicaments sans ordonnance, pharmacie libre accès	Non pris en charge	50 €/US\$	100 €/US\$	150 €/US\$
Tests génétiques (après 12 mois d'assurance***) Sur prescription médicale et en cas de prédisposition héréditaire au cancer	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	1 500 €/US\$
Appli santé ou remise en forme Remboursement pour une application de santé ou de fitness de votre choix	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	50 €/US\$

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Maternité**** (12 à 24 mois de délai d'attente***) – Garantie optionnelle				
Grossesse et accouchement sans complication (après 12 mois d'assurance***) > Frais liés à l'accouchement > Accouchement à domicile > Soins prénatals et postnatals, y compris : consultations, examens, tests, médicaments, vitamines et prescriptions, services de sage-femmes agréées ou de doulas certifiées > Cours de préparation à la naissance (dispensés par un médecin ou une sage-femme) > Dépistage néonatal > Césarienne programmée	Non pris en charge	4 000 €/US\$ par grossesse	8 000 €/US\$ par grossesse	12 000 €/US\$ par grossesse
Complications à l'accouchement (après 12 mois d'assurance***) > Césarienne en urgence > Césarienne médicalement justifiée	Non pris en charge	8 000 €/US\$ par grossesse	12 000 €/US\$ par grossesse	24 000 €/US\$ par grossesse
Procréation médicalement assistée (après 24 mois d'assurance***) > Médicaments, traitements hormonaux, examens > Fécondation in vitro, insémination artificielle Maximum 4 tentatives sur toute la durée de vie du contrat	Non pris en charge	Non pris en charge	1 500 €/US\$ par tentative	2 500 €/US\$ par tentative

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Dentaire (3 à 6 mois de délai d'attente***) – Garantie optionnelle				
Limite annuelle	800 €/US\$	1 000 €/US\$	2 000 €/US\$ pendant les 2 ^{èmes} années. Porté à 3 000 €/US\$ à partir de la 3 ^e année	4 000 €/US\$ pendant les 2 ^{èmes} années. Porté à 5 000 €/US\$ à partir de la 3 ^e année
Soins dentaires de routine (après 3 mois d'assurance***) > Deux examens ou bilans dentaires par année d'assurance > Radiographies dentaires > Détartrage et polissage > Soins chirurgicaux, extractions > Traitement des caries, des maladies parodontales et endodontiques...	80%	80%	100%	100%
Soins dentaires reconstructeurs majeurs (après 6 mois d'assurance***) Y compris prothèses dentaires, couronnes, bridges, inlays et implants	80%	80%	100%	100%
Orthodontie (après 3 mois d'assurance***) Le traitement doit débiter avant l'âge de 16 ans	Non pris en charge	Non pris en charge	1 200 €/US\$	1 700 €/US\$

	Explore	Essential	Extensive	Elite
Optique (6 mois de délai d'attente**) – Garantie optionnelle				
Soins et frais optiques Examen de la vue et aides visuelles (monture, verres ou lentilles) – une monture remboursée tous les deux ans sur prescription médicale	Non pris en charge	200 €/US\$	300 €/US\$	450 €/US\$
Chirurgie au laser Correction de la vision (myopie, hypermétropie et astigmatisme)	Non pris en charge	Non pris en charge	300 €/US\$	1 000 €/US\$

* Pays de soins : Chine, Hong Kong, Japon, Singapour, Etats-Unis.

** Toute hospitalisation est soumise à *Accord préalable*. Une pénalité de 50% 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*.

4.2.3 Fonctionnement des Franchises et du Copaiement

Les Franchises :

Les garanties frais de santé sont proposées sans franchise par défaut. Vous pouvez toutefois opter pour les niveaux de Franchise suivants : 500 €/US\$, 1 000 €/US\$, 2 500 €/US\$, 5 000 €/US\$ (disponible sur les formules Extensive et Elite uniquement). Si Vous avez opté pour une Franchise annuelle, toute dépense engagée jusqu'au montant de la Franchise sélectionnée sera à votre charge. La Franchise s'applique par Année d'assurance et par Assuré, pour l'ensemble des garanties frais de santé sélectionnées.

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

En cas de choix d'une Franchise ou d'adhésion à la formule Explore, Vous ne pouvez pas bénéficier de la carte Caremark (tiers-payant pharmaceutique aux États-Unis).

Les options de Copaiement à 30%, 20% et 10% :

La garantie Médecine courante (incluant la Prévention) est proposée avec un niveau de remboursement à 100% des *Frais réels*. Vous pouvez cependant choisir d'être couvert à 70%, 80% ou 90% des *Frais réels* pour ces garanties. Ces options de Copaiement ne s'appliquent pas aux garanties Hospitalisation, Optique – Dentaire et Maternité qui proposent toujours une couverture à 100% des *Frais réels*.

4.2.4 Définitions relatives aux garanties Frais de santé

C CHAMBRE PRIVÉE : chambre d'hôpital à occupation unique, utilisée exclusivement par l'Assuré lors d'une Hospitalisation. Les chambres de luxe ou avec prestations hôtelières ne sont pas couvertes.

CHIRURGIE AMBULATOIRE : intervention chirurgicale pratiquée dans un centre de chirurgie, un hôpital, une structure de soins de jour ou un service ambulatoire, ne nécessitant pas une Hospitalisation avec nuitée pour raison médicale.

CHIRURGIE PRÉVENTIVE DU CANCER : intervention chirurgicale visant à l'ablation préventive des seins (mastectomie) ou des ovaires (ovariectomie) lorsqu'elle est prescrite par un médecin. Cette intervention est prise en charge si un membre proche de la famille (parent, enfant, sœur) est atteint d'un cancer du sein ou de l'ovaire ou si un test génétique montre un risque héréditaire.

COMPLICATIONS DE GROSSESSE : concernent exclusivement la santé de la mère. Seules les complications suivantes, survenant au cours des phases prénatales de la grossesse, sont couvertes : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, prééclampsie, fausse couche, menace de fausse couche, mortinaissance et môle hydatiforme.

COMPLICATIONS LIÉES A L'ACCOUCHEMENT : incluent les accouchements chirurgicaux médicalement nécessaires. Les complications et les soins au nouveau-né seront pris en charge au titre du poste Hospitalisation après affiliation au contrat (détail des conditions d'affiliation au paragraphe 2).

H HOSPITALISATION : séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures, consécutivement à un

Accident ou une Maladie.

HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) : il s'agit d'une *Hospitalisation* à temps complet qui fait suite à un séjour à l'hôpital, organisée au domicile du patient par un médecin coordinateur et en relation avec l'hôpital où avait été admis le patient. Le médecin coordinateur intervient seul ou fait intervenir d'autres collègues pour réaliser des actes médicaux, techniques et complexes. Il organise les interventions d'autres professionnels de santé par exemple des infirmières, des kinésithérapeutes et met en place, si nécessaire, des dispositifs médicaux de surveillance ou d'assistance comme de l'aide respiratoire ou du suivi des constantes vitales. La délivrance de médicaments, y compris de chimiothérapie, au lit du malade fait partie des services d'une HAD. Ces soins sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil.

HOSPITALISATION DE JOUR : *Hospitalisation* de moins de 24 heures pour laquelle un lit *Vous* est attribué, sans que *Vous* ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.

MALADIE CHRONIQUE : Toute *Maladie*, pathologie ou atteinte corporelle qui se prolonge au-delà de six mois ou qui nécessite une prise en charge médicale (telle qu'une consultation de suivi ou un traitement) au moins une fois par an. Une *Maladie chronique* présente également une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- › est susceptible de réapparaître de manière récurrente ;
- › ne bénéficie pas d'un traitement curatif reconnu à ce jour ;
- › est généralement considérée comme ne répondant pas favorablement aux traitements ;
- › requiert un traitement palliatif ;
- › entraîne une invalidité permanente.

MALADIE CONGÉNITALE : toute anomalie, *Maladie* ou malformation présente in utero, au moment de la naissance ou liée à l'hérédité. Une maladie congénitale peut être détectée dès la naissance ou diagnostiquée plus tard.

P PROCREATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE : toute recherche nécessaire afin d'établir la cause de la stérilité telle que l'hystérosalpingographie, la laparoscopie ou l'hystérogographie. Sont également couverts les traitements tels que la fécondation In vitro (FIV), pour les cas diagnostiqués d'infertilité. La prise en charge est limitée à 4 tentatives pour toute la durée de vie du contrat. On entend par tentative le prélèvement d'ovocyte et l'implantation d'un ovocyte fécondé dans l'utérus de l'Assuré.

S SOINS À DOMICILE : soins infirmiers reçus immédiatement après ou en remplacement d'une *Hospitalisation* ou de soins de jour en hôpital. Ces soins sont pris en charge si le médecin traitant décide que, pour des raisons médicales, une infirmière doit être présente à votre domicile au moins une fois par jour. Ces soins sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil.

T TESTS GÉNÉTIQUES : les tests relatifs aux gènes BRCA1 et BRCA2 (pour les cancers du sein, des ovaires, de la prostate et du pancréas), ainsi qu'à la polyposé adénomateuse familiale (FAP) liée au cancer colorectal. La prise en charge est soumise à prescription par un médecin agréé et à l'existence, chez un parent au premier degré (parent, enfant ou frère/sœur) soit d'un cancer du sein ou d'une FAP, soit d'un résultat de test révélant un syndrome de prédisposition héréditaire au cancer.

TRAITEMENT HORMONAL : consultations médicales et médicaments prescrits, y compris les patchs ou implants, lorsqu'ils sont nécessaires pour soulager les symptômes d'une ménopause précoce, dont l'apparition et le traitement surviennent avant l'âge de 40 ans.

V VACCINS LIÉS AUX VOYAGES : vaccins obligatoires ou recommandés en fonction du *Pays de résidence* : Antirotavirus (gastro-entérite), Choléra, Encéphalite à tiques, Encéphalite japonaise, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Leptospirose, Méningite, Rage, Tuberculose, Variole du singe (MPox).

4.2.5 Que faire en cas d'*Hospitalisation* ?

Toute *Hospitalisation* (y compris la maternité) est soumise à *Accord préalable* de notre Médecin Conseil.

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

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

Ce formulaire, détaillant le motif de votre *Hospitalisation*, les dates et nature de l'affection et la date d'apparition des premiers *Symptômes* ou les circonstances de l'*Accident* (avec, dans ce cas, un rapport d'*Accident* à l'appui) doit être *Nous* adressé à notre Médecin Conseil, accompagné de toute autre pièce médicale utile à l'étude de votre dossier.

Si cette formalité d'*Accord préalable* n'est pas respectée mais que néanmoins l'*Hospitalisation* s'est avérée *Médicalement nécessaire*, une **pénalité de 50%** sera retenue sur le remboursement de votre facture (sauf en cas d'*Accident* ou d'*Urgence médicale*).

Vos réseaux de soins en cas d'*Hospitalisation* (hors *Urgence*) :

Dans le cadre de votre contrat MyHealth International, la formule que *Vous* avez sélectionnée (inscrite sur votre *Attestation d'assurance*) *Vous* donne accès à un réseau de professionnels de santé spécifique. Cette mesure a pour objectif de *Vous* garantir une qualité de soins optimale à des conditions tarifaires négociées et n'est applicable qu'en cas d'*Hospitalisation* programmée. L'ensemble des établissements de santé de nos réseaux de soins est rigoureusement audité par nos équipes

médicales selon des critères exigeants de qualité et de sécurité.

Lorsque Vous préparez une *Hospitalisation*, veillez à ce que l'établissement de santé appartienne au réseau de soins correspondant à votre formule, **vos frais seront ainsi pris en charge à 100%** dans la limite des garanties prévues au contrat. La liste actualisée des établissements partenaires est accessible depuis votre Espace Assuré, en [cliquant ici](#), ou sur simple demande auprès de nos équipes au [+33 \(0\)1 73 02 93 93](tel:+330173029393).

En dehors de ce réseau (hors cas d'*Urgence médicale* ou de situation exceptionnelle dûment justifiée), **un reste à charge de 40%** sera appliqué sur le remboursement de votre facture.

Ce dispositif vise à Vous orienter vers des structures de soins fiables pour Vous assurer une maîtrise des coûts et une prise en charge de qualité constante à l'international.

4.2.6 Comment procéder à une *Demande d'entente préalable* avant d'entamer certains soins ?

Toute dépense médicale égale ou supérieure à 2 000 €/US\$, liée à la Maternité ainsi que les actes en série mentionnés au tableau de garanties, sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). Avant d'engager ces dépenses, Vous aurez donc à Nous transmettre une ordonnance de votre médecin accompagnée d'un devis détaillé, **5 jours au plus tard avant la date des soins**.

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

Si cette formalité de *Demande d'entente préalable* n'est pas respectée, **une pénalité de 50%** du montant de garanties sera retenue sur le remboursement de votre facture (sauf en cas d'*Urgence médicale*).

4.2.7 Conditions à respecter pour procéder à une demande de remboursement

Vous devez impérativement **conserver les factures originales (et autres justificatifs)** pendant une période de 2 ans à compter de la date à laquelle Vous avez effectué la demande de remboursement.

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

- les notes d'honoraires ou de frais réglés par vos soins, les prescriptions médicales et ordonnances datées et mentionnant vos nom, prénoms et date de naissance, le genre de *Maladie*, la nature, le diagnostic, 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*.

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 contrat.

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

Tout remboursement est subordonné à l'observation des prescriptions prévues au paragraphe 4.2.

4.3. Garanties Assistance rapatriement

2 niveaux de couverture sont proposés :

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

Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?

Il est impératif d'avoir l'*Accord préalable* de l'Assisteur pour bénéficier des garanties ci-après.

Conditions d'application

L'Assisteur n'intervient médicalement qu'après organisation des premiers secours décidée par une *Autorité médicale* compétente.

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

L'organisation par Vous-même ou par votre entourage de l'une des assistances énoncées ci-dessous ne peut donner lieu à un remboursement que si l'Assisteur 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 l'Assisteur si celle-ci avait elle-même organisé le service.

L'Assisteur ne peut être tenu responsable des retards ou empêchements dans l'exécution de ses services en cas de grèves, émeutes, mouvements populaires, reprécailles, 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.

4.3.1. Assistance rapatriement de base

Les conditions et niveaux de couverture sont applicables par Assuré, dans les limitations spécifiées de chaque poste.

Rapatriement sanitaire

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

La destination du rapatriement est :

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

Si Vous êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre *Pays de nationalité* ou de votre lieu de résidence principale dans votre *Pays de résidence*, L'Assisteur organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre lieu de résidence principale dans votre *Pays de résidence* habituel déclaré 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. **L'Assisteur peut Vous demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié.**

Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'Assuré

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

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

Accompagnement des enfants

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

Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil

En cas de décès, L'Assisteur organise et prend en charge le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans le *Pays de nationalité, de résidence, ou d'origine* (si différent) de l'Assuré.

L'Assisteur prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. Les frais de cercueil liés au transport organisé par le service assistance sont pris en charge **à concurrence de 2 000 €/US\$ maximum**. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de l'Assisteur.

4.3.2. Assistance rapatriement complète

Présence d'un membre de votre famille en cas d'Hospitalisation

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'*Hospitalisation* locale est supérieure à 6 jours consécutifs, L'Assisteur met à la disposition d'un *Membre de votre famille* un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour se rendre sur place. Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* majeur. L'Assisteur organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit

déjeuner uniquement) pendant **10 jours maximum** à raison de **100 €/US\$** par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

Garde des Enfants à charge de moins de dix-huit ans

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

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

Retour ou garde de l'animal domestique en cas de rapatriement de l'Assuré

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

L'Assisteur ne sera pas tenue responsable si ce rapatriement ne peut être organisé du fait de la législation en vigueur dans le *Pays de résidence* habituel déclaré ou du fait d'une interdiction des autorités locales pour quelques raisons que ce soit.

Cette prestation ne peut, en aucun cas, être accordée dans le cas d'un retour d'un animal sauvage.

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

Aide-ménagère

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

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

Frais de recherche et de secours

Cette couverture a pour objet de *Vous* garantir le remboursement des frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, sur un domaine privé ou public, d'équipes spécialisées dotées de tous moyens, y compris l'usage d'un hélicoptère. **Cette garantie intervient en complément ou après épuisement de toute garantie similaire dont Vous pouvez bénéficier par ailleurs.**

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

Rapatriement en cas d'Acte de terrorisme ou de sabotage, d'Attentat ou d'Agression

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

Le rapatriement, ainsi que les moyens les mieux adaptés, sont décidés et choisis par L'Assisteur.

Retour en cas d'attentat, troubles politiques ou catastrophe naturelle

S'il vous est recommandé, sur les conseils des autorités locales de votre *Pays de résidence* habituel déclaré ou de celles de votre *Pays de nationalité*, en raison d'attentat ou d'événements rendant le régime politique instable ou en raison de catastrophes naturelles (telles qu'un tremblement de terre ou une inondation) de quitter le lieu de votre séjour, *Vous* pouvez bénéficier de la garantie retour anticipé. Pour cela, veuillez transmettre à l'assureur, dès votre retour dans votre *Pays de nationalité*, tous les justificatifs vous permettant de vous faire rembourser le coût du transport jusqu'à concurrence du prix d'un billet d'avion classe économique ou de train 1^{ère} classe **jusqu'à maximum 1 500 €/US\$**. Cette garantie est acquise uniquement en dehors de votre *Pays de nationalité* et ne peut pas être prise en charge dans les *Pays exclus*.

Retour des membres de la famille assurés

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

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

Frais d'hébergement en cas d'Accident ou de Maladie de l'Assuré

A la suite d'une *Hospitalisation* de plus de 6 jours en dehors de votre *Pays de résidence* habituel, l'assureur prend en charge les frais d'hébergement en cas de non-retour immédiat possible **à hauteur de 150 €/US\$ par nuit pour une durée maximale**

de 7 nuits.

Retour après Consolidation dans votre Pays de résidence habituel déclaré

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, Vous êtes en mesure de reprendre votre activité professionnelle, L'Assisteur, après accord de son *Équipe médicale*, organise votre retour dans votre *Pays de résidence* habituel déclaré.

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

Présence d'un proche auprès du défunt

Si la présence sur place d'un *Membre de la famille* ou d'un *Proche* s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps de l'*Assuré* décédé et les formalités de rapatriement ou d'incinération, L'Assisteur 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.

L'Assisteur organise l'hébergement sur place et prend en charge les frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) d'un *Membre de la famille* ou d'un *Proche* pour **une durée de 4 nuits consécutives maximum à concurrence de 50 €/US\$ par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.**

Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place

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

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

Cette prestation est acquise pour les demandes ponctuelles. En aucun cas, elle ne peut être accordée dans le cadre de traitements de longue durée qui nécessiteraient des envois réguliers ou d'une demande de vaccin. Le coût des médicaments est à votre charge, sauf s'ils sont couverts sous la garantie frais de santé dont Vous bénéficiez. Vous Vous engagez à en rembourser le montant majoré des frais éventuels de dédouanement, dans un délai maximum de 30 jours calculé à partir de la date d'expédition.

Assistance juridique à l'étranger (sauf dans votre Pays de nationalité)

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

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

Avance de caution pénale à l'étranger (sauf dans votre Pays de nationalité)

L'Assisteur procède à l'avance de la caution pénale exigée par les autorités pour votre libération ou pour Vous permettre d'éviter votre incarcération.

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

Vous êtes tenu de rembourser cette avance à L'Assisteur :

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

Assistance voyage

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

L'Assisteur n'est pas habilitée à procéder aux oppositions concernant les moyens de paiement pour le compte de tiers. Dans le cas où des documents de remplacement seraient mis à disposition dans votre *Pays de nationalité*, L'Assisteur se charge de les acheminer par les moyens les plus rapides.

L'Assisteur peut procéder à une avance **à concurrence de 1 500 €/US\$ par événement** afin de Vous permettre d'effectuer vos achats de première nécessité.

En cas de perte ou vol d'un titre de transport, L'Assisteur peut Vous faire parvenir un nouveau billet non négociable dont il est fait l'avance.

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

Retard, annulation de vol ou non admission à bord

Si, dans quelque aéroport que ce soit :

- Le vol régulier confirmé de l'Assuré est retardé de 4 Heures ou plus par rapport à l'heure initiale prévue pour le départ.
- Le vol régulier confirmé de l'Assuré est annulé.
- L'Assuré n'est pas admis à bord par suite d'un manque de place et qu'aucun moyen de transport de remplacement n'est mis à sa disposition dans un délai de 6 Heures.

L'Assuré est indemnisé à concurrence de 300 €/US\$ de tous les frais de restauration, de rafraîchissements, d'hôtel et/ou de transfert aller/retour de l'aéroport ou du terminal.

La garantie n'est pas acquise dans les cas suivants :

- Pour autant que la confirmation soit nécessaire, l'Assuré n'a pas préalablement confirmé son vol à moins qu'il n'en ait été empêché par une grève ou en cas de *Force majeure*.
- Le retard résulte d'une grève ou d'un risque de guerre civile ou de guerre étrangère dont l'Assuré a eu connaissance avant son départ.
- En cas de retrait, temporaire ou définitif, de l'autorisation de vol d'un avion, ordonnée soit par les autorités de l'aviation civile, soit par les autorités aéroportuaires ou par une autorité similaire de n'importe quel pays.

Manquement de correspondance

Si l'Assuré manque le départ d'un vol régulier de correspondance par suite de l'arrivée tardive du précédent vol régulier sur lequel il voyageait et qu'aucun moyen de transport de remplacement n'est mis à sa disposition dans un délai de Six (6) Heures après l'arrivée effective au lieu de correspondance, ses frais d'hôtel, de restaurants ou de rafraîchissements sont indemnisés à concurrence de 300 €/US\$.

Les garanties « Retard, Annulation de Vol ou Non Admission à Bord » et « Manquement de Correspondance » peuvent se cumuler.

Remboursement des frais de séjour

En cas de déplacement à l'étranger hors de votre *Pays de résidence* habituel déclaré, cette garantie a pour objet le remboursement au prorata temporis des frais de séjour déjà réglés et non utilisés (frais d'hébergement, transport non compris) en cas de retour anticipé suite au rapatriement médical de l'Assuré dans son *Pays de nationalité* organisé par L'Assisteur

Le montant maximum de l'indemnité journalière s'élève à 250 €/US\$ par jour, avec un plafond global de 5 000 €/US\$ par Année d'assurance.

L'indemnité est proportionnelle au nombre de jours de séjour non utilisés. Pour déterminer l'indemnité, seront déduits les frais de dossier, de visa, d'assurance, de pourboire, ainsi que les remboursements ou compensations accordés par l'organisateur du voyage ou tout autre organisme auprès duquel Vous avez réglé les frais en question. Ces garanties sont valables en dehors du *Pays de résidence* habituel déclaré de l'Assuré.

Retour impossible

En cas de survenance d'un événement qualifié de *Force majeure* par les autorités publiques du pays dans lequel Vous séjournez temporairement hors de votre *Pays de résidence* habituel déclaré et qui Vous empêcherait de retourner définitivement dans votre *Pays de résidence* habituel déclaré, l'Assisteur prend en charge vos frais supplémentaires de séjour sur place, à hauteur de **100 €/US\$ par nuit (frais de restauration et d'hébergement uniquement), pour une durée maximale de 14 nuits.**

La garantie ne prend effet qu'après déclaration de l'état de *Force majeure* par les autorités publiques du pays dans lequel Vous séjournez temporairement et après l'*Accord préalable* de l'Assisteur. Tous les frais engagés sans l'*Accord préalable* de l'Assisteur ainsi que tous les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement qualifié de *Force majeure* n'ouvrent droit à aucune prestation.

Transmission de messages urgents

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

Perte, détérioration ou destruction des Bagages personnels

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

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

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

inondation, un effondrement ou un *Acte de terrorisme*.

Limite de la garantie :

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

Comment bénéficier de la garantie ?

Vous devez déclarer le *Sinistre* par écrit à l'assureur, depuis le site <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>, dans les 5 jours ouvrés qui suivent les dommages. Passé ce délai, l'assureur se réserve le droit d'appliquer la déchéance des garanties. Une liste de pièces justificatives *Vous* sera demandée.

Utilisation frauduleuse de la carte SIM par un tiers

L'assureur prend en charge le coût des communications effectuées frauduleusement par un tiers à la suite du vol par *Agression* du téléphone mobile au cours de votre séjour hors de votre *Pays de nationalité*, dans la mesure où ces communications ont été effectuées avant l'enregistrement de votre demande de mise en opposition de la Carte SIM et dans les 48 Heures qui suivent la date et l'heure du vol.

Cas particuliers des téléphones portables, smartphones et tablettes personnels

L'assureur rembourse l'Assuré à concurrence de 500 €/US\$ par événement les téléphones portables, smartphones ou tablettes volés suite à *Agression* ou à l'arraché hors de votre *Pays de nationalité*, sur présentation de justificatifs. **Cette garantie est limitée à un Sinistre par Année d'assurance et par Assuré.**

Vétusté :

- Vingt Pour-Cent (20%) pendant la première année (à partir du 1^{er} jour d'achat)
- Quarante Pour-Cent (40%) pendant la deuxième année
- Pas de remboursement après la deuxième année.

Dans tous les cas, l'Assuré doit fournir les factures (initiales ou de remplacement) d'achat du matériel.

Retour anticipé en cas de décès ou d'Hospitalisation d'un Membre de votre famille

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

L'Assisteuse se réserve le droit, préalablement à toute intervention de ses services, de vérifier la réalité de l'événement garanti (bulletin d'*Hospitalisation*, certificat de décès...). Cette garantie ne peut être utilisée qu'une seule fois par *Année d'assurance* pour un même fait générateur. Un fait générateur est l'événement à l'origine de l'utilisation de la garantie. Pour cette garantie, cela signifie qu'une même *Maladie* ne peut donner lieu à plusieurs retours anticipés dans une même *Année d'assurance*.

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

Traductions de documents légaux ou administratifs

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

Limitations de garantie Assistance rapatriement complète :

Lorsque l'Assisteuse organise et prend en charge un rapatriement ou un transport, il peut vous être demandé d'utiliser en priorité votre titre de voyage. Lorsque l'Assisteuse a assuré à ses frais votre retour, *Vous* devez impérativement remettre à l'Assisteuse le titre de transport non utilisé.

Assistance psychologique

L'Assisteuse met à la disposition de l'Assuré un accompagnement psychologique. Le psychologue clinicien apporte à l'Assuré, dans la plus parfaite confidentialité, un soutien médico-psychologique qui lui permettra de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté. Il l'aidera à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel, un rendez-vous est pris à convenance avec un psychologue d'Assisteuse qui rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, l'appelant pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de l'Assisteuse soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. L'accompagnement proposé est limité à Trois (3) entretiens au plus. L'équipe de psychologues cliniciens est joignable au **+33 (0)1 41 61 23 25** afin de

permettre à l'Assuré de pouvoir parler à des personnes habilitées.

En fonction de la situation et de l'attente du bénéficiaire, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer, près de son domicile, un psychologue diplômé d'État. Le choix du praticien appartient à l'Assuré et les frais de consultation restent à sa charge.

De plus, en cas de décès de l'Assuré, l'Assisteuse met à la disposition du *Conjoint* et/ou des *Enfants à charge* de l'Assuré un accompagnement psychologique, même si ces derniers ne sont pas affiliés au contrat. L'accompagnement proposé est également limité à Trois (3) entretiens au plus.

4.4. Garanties Responsabilité civile vie privée

Objet de la garantie :

Cette garantie couvre les conséquences financières des dommages dont *Vous* et les membres de votre famille assurés seriez reconnus responsables au cours de la vie privée y compris sur le trajet « domicile-lieu de travail » et retour.

La garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un **dommage causé à autrui** *Vous* incombe ainsi qu'à toute personne pour laquelle *Vous* devez répondre.

Plafonds de la garantie :

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

Dommages consécutifs à incendie, explosion et dégât des eaux causés aux bâtiments pris en location ou empruntés par l'Assuré pour l'organisation de cérémonies familiales : **jusqu'à 150 000 €/US\$ par Sinistre et par Année d'assurance. Franchise de 150 €/US\$ par Sinistre.**

Comment bénéficier de la garantie ?

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

Veillez écrire à : France.DeclarationsRC@Chubb.com

Dispositions particulières

Désaccord

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

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

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

Choix de l'avocat

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

Procédure – Transactions

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

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

En cas de procédure devant les juridictions pénales et si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, l'assureur a la faculté,

avec votre accord, de diriger la défense sur le plan pénal ou de s'y associer. À défaut de cet accord, l'assureur peut, néanmoins, assumer la défense de vos intérêts civils. L'assureur peut également exercer toutes voies de recours en votre nom, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'intérêt pénal n'est plus en jeu. Dans le cas contraire, l'assureur ne peut les exercer qu'avec votre accord. Vous Vous interdisez, dans la limite de la garantie, de transiger avec les personnes lésées. Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant en dehors de l'assureur ne lui est opposable ; n'est pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel.

5. Ce qui est exclu de votre contrat

5.1. Exclusions communes à toutes les garanties

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

- **Antériorités médicales ;**

- › les *Accidents* ou *Maladies préexistantes* antérieurs à la date de signature de la Demande d'adhésion, sauf si déclarées ET acceptées au moment de la souscription du contrat ;
- › toute complication causée par des pathologies qui ne sont pas prises en charge par votre contrat ;
- › les frais engagés ou les actes prescrits avant la *Date d'effet* du contrat et/ou pendant le *Délai d'attente*.

Pour rappel, sont entendues par *Maladies préexistantes* : toute *Affection médicale* ou *pathologie* diagnostiquée, ou *Prise en charge médicalement*, ou explorée par des examens médicaux et/ou traitée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion (incluant votre Questionnaire de santé). Est considérée comme *Maladie préexistante* toute affection de ce type ou symptomatique dont Vous avez eu connaissance, ou dont Vous auriez raisonnablement pu avoir connaissance au moment de l'adhésion au contrat.

- **Faits intentionnels ;**

- › tout remboursement en cas de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré ;
- › 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 participation volontaire de l'Assuré à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, émeutes et attentats quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense) ;
- › d'une tentative de suicide, de l'automutilation et blessures ou *Maladies* auto-infligées ;
- › de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- › de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre* dans le pays de survenance) ;
- › des *Accidents* de circulation en véhicule motorisé à deux roues si l'Assuré ne portait pas de casque ;
- › les interruptions volontaires de grossesse hormis les interruptions thérapeutiques de grossesse ;
- › de l'exercice de toute activité professionnelle à risque exclue par l'assureur.

- **Pratique de sports :**

- › de la pratique de sports à titre professionnel, dans le cadre d'un programme sport-études ou d'une participation à des activités sportives professionnelles ;
- › de la pratique des sports énumérés ci-dessous :
 - les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel sans sécurité), varappe, randonnée au-delà de 3 000 mètres, saut à ski, bobsleigh, Skeleton, canyoning, rafting, ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public,
 - les sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing, montgolfière,
 - les sports nautiques : plongée avec bouteille, hydro speed, kite surf, jet-ski,
 - les sports de défense et de combat,
 - les sports automobiles : pilotage d'auto, de moto, de karting ou de quad,
 - la pratique de la chasse.

Cependant, toute pratique de ces sports, à titre d'initiation, de loisir ou de « baptême », lorsqu'elle est encadrée par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'État, est couverte.

- › les sports extrêmes, y compris à titre de loisir ou d'initiation : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump ;
- › 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.

Respect des sanctions économiques et commerciales :

Lorsque la garantie ou le paiement de l'indemnité ou du *Sinistre* prévus par ce contrat enfreint les résolutions des Nations Unies ou les sanctions, lois ou règlements économiques et commerciaux de l'Union européenne, du Royaume-Uni, de la France, d'une législation nationale ou des États-Unis d'Amérique, une telle garantie ou un tel paiement d'indemnité ou de *Sinistre* sont nuls et non avenus.

5.2. Exclusions de la garantie Frais de santé

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 5.1 ci-dessus, sont exclus de la garantie Frais de santé ainsi que leurs suites et conséquences :

- Toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la Date d'effet du contrat ou pendant les Délais d'attente ;
- Soins de confort / esthétiques / alternatifs :
 - les frais de traitement cosmétique et de chirurgie esthétique destinés à améliorer l'apparence physique (y compris lorsqu'ils sont prescrits médicalement) sauf s'il est nécessaire pour restaurer une fonction ou l'apparence après un *Accident* défigurant ou à la suite d'une intervention chirurgicale pour un cancer, à condition que l'*Accident* ou l'intervention chirurgicale ait également été couvert par APRIL International ;
 - les frais de septoplastie, rhinoplastie et de chirurgie liée à la déviation de la cloison nasale ; sauf en cas d'*Accident* pris en charge par APRIL ou cas dérogatoire soumis à l'acceptation de l'assureur.
 - tout soins, bilans, traitements, suivis, séjours, services pour le contrôle du poids y compris la chirurgie bariatrique ;
 - les traitements et frais de séjours en centres de cure, centres de remise en forme, établissements de convalescence ou maisons de repos, SPAS, stations thermales et autres institutions non reconnues comme prestataire de soins médicaux (hôpital/clinique) et même si le traitement ou le séjour est prescrit médicalement ;
 - les frais annexes qui n'ont pas une vocation médicale directe lors d'une *Hospitalisation*, tels que les frais de téléphone, de télévision, d'accès internet, les journaux, les frais de transport, les repas fournis aux visiteurs, hormis ceux prévus au tableau des garanties du contrat.
- Les frais liés aux traitements et soins non reconnus par l'Autorité médicale du pays dans lequel ils se déroulent ou réalisés dans les établissements non agréés :
 - les frais d'ordre médical ou chirurgical non prescrits par un médecin reconnu par une *Autorité médicale* compétente ;
 - les traitements, consultations, médicaments ou soins prescrits par l'*Assuré* lui-même, conjoint, enfant, parent ;
 - les traitements expérimentaux dont l'efficacité n'a pas été prouvée et reconnue par l'autorité de santé publique compétente du pays dans lequel ils sont traités.
- Pharmacie :
 - les produits parapharmaceutiques ;
 - les vitamines, compléments alimentaires et minéraux à l'exception du fer, l'acide folique et la vitamine D sur prescription médicale en cas de carence avérée ;
 - les frais relatifs à l'acquisition de médicaments ou traitements utilisés en dehors de leur indication thérapeutique conformément à l'autorisation de mise sur le marché, ou lorsqu'ils sont prescrits à des fins non médicalement justifiées (pertes de poids esthétique ou performance physique).
- Frais de transport :
 - les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes.
- Autres :
 - les soins, traitements et consultations réalisés à l'hôpital alors qu'ils auraient pu être pris en charge en soins ambulatoires ;
 - les soins, traitements et consultations (y compris les téléconsultations) dispensés par des professionnels de santé localisés en dehors de la *Zone de couverture* souscrite sauf en cas d'*Accident* ou d'*Urgence médicale* et dans la limite de couverture prévue au tableau des garanties. Cette exclusion ne s'applique pas au service de téléconsultation proposé par APRIL ;
 - les traitements, soins ou examens directement ou indirectement liés à un dommage corporel, une blessure ou un accident résultant d'actes accomplis par l'*Assuré* alors qu'il se trouvait sous l'influence de l'alcool, de drogues addictives, psychoactives ou de stupéfiants, dans un état l'empêchant de contrôler correctement ses facultés mentales, étant précisé que l'état d'influence de l'alcool est caractérisé, en cas de test sanguin, par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 150 mg %) ;
 - les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
 - les frais imputés au donneur d'organe ;
 - les hormones de croissance ;

- › les traitements des troubles de la fonction sexuelle, tels que l'impuissance ou tout autre problème sexuel, quelle qu'en soit la cause ;
- › tous les frais liés aux troubles du sommeil ;
- › les frais engagés pour remplir les formalités de demande de remboursement ou d'autres frais administratifs (tels que les frais de dossier ou les frais d'admission) ;
- › les suites et conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une rébellion, d'une émeute, d'un coup d'état militaire ou toute usurpation de pouvoir, d'une loi martiale ou les actes de toute autorité constituée illégalement, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, notamment si l'Assuré s'est mis en danger en entrant dans une zone reconnue comme fortement déconseillée par le Gouvernement français ou du pays d'expatriation, a participé ou a manifesté un mépris flagrant vis-à-vis de sa propre sécurité.

5.3. Exclusions de la garantie Assistance rapatriement (base et complète)

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.1 ci-dessus, 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 de l'Assisteur) :

- › toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- › les *Affections médicales* ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement ;
- › les convalescences, les *Affections médicales* 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 *Maladies* ou malformations congénitales ;
- › les *Affections médicales* 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 médicale* ayant donné lieu à un rapatriement ;
- › les états de grossesse sauf en cas de complication imprévisible qui pourrait mettre en danger la vie de la mère et/ou de l'enfant à naître ;
- › les accouchements et leurs complications ;
- › 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 suites et conséquences d'une guerre civile ou étrangère survenues sur le territoire français.

Ne sont pas pris en charge :

- › les transports répétitifs nécessités par l'état de santé de l'Assuré ;
- › les événements survenus du fait de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires ;
- › les conséquences résultant de tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier la dépression nerveuse ou l'anxiété.

L'assureur ne sera pas tenu pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de *Force majeure* tels que guerre civile ou étrangère, révolution, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, épidémies, empêchements climatiques ou naturels notamment tempêtes, ouragans, tremblements de terre.

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

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

Exclusions spécifiques à la garantie perte, détérioration ou destruction des *Bagages* personnels :

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

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

L'Assisteur ne peut intervenir dans les circonstances prévues ci-après :

- › ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales ;
- › ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés ;
- › n'est pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution des obligations qui résultent de cas de force majeure ou d'événement tels que guerre civile, guerre étrangère, émeute, mouvement populaire, révolution, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique ;
- › n'est pas tenu d'intervenir dans les cas où l'Assuré a commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans les pays qu'il traverse ou dans lequel il séjourne hors de son *Pays de nationalité*.

5.4. Exclusions de la garantie responsabilité civile vie privée :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 5.1 ci-dessus, sont exclus de la garantie :

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

Sont également exclus les *Dommages* :

- › causés aux biens, y compris aux animaux, dont l'Assuré a la conduite, la garde ou l'usage, même lorsqu'ils lui sont confiés dans le cadre d'une activité bénévole ;
- › résultant d'une activité professionnelle ou rémunérée de l'Assuré ainsi que de fonctions publiques ou syndicales ;
- › résultant d'une pollution non *Accidentelle* ;
- › causés aux biens, objets, produits ou animaux vendus par l'Assuré ;
- › causés par les chevaux ou autres équins, par les chiens de la catégorie 1 ou 2, telle que définie dans le Code Rural français, par les animaux sauvages ;
- › toutes les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile incombant à l'Assuré en sa qualité d'employeur à raison d'un *Accident* du travail ou d'une *Maladie* professionnelle atteignant l'un de ses préposés dans l'exercice de ses fonctions ;

- › les **Dommages** qui résultent de la gestion sociale de l'Assuré à l'égard de ses préposés ou ex-préposés, des candidats à l'embauche, de leurs **Ayants-droit** et des partenaires sociaux ;
- › résultant 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.

6. Date d'effet, durée et renonciation au contrat

6.1. Quand débute votre contrat ?

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 de la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Questionnaire de santé de l'ensemble des *Assurés* complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*. Si votre dossier nécessite une étude médicale, votre contrat débutera au plus tôt le jour de votre acceptation médicale.

Votre *Date d'effet* figure sur l'*Attestation d'assurance* mise à votre disposition via un accès sécurisé sur votre Espace assuré et sur votre appli Easy Claim.

6.2. Les Délais d'attente applicables à votre contrat :

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

- › 3 mois pour les frais de soins dentaires de routine
- › 6 mois pour les frais de soins dentaires majeurs et d'optique (lentilles, monture, verres et traitement de la myopie au laser),
- › 12 mois pour les frais liés à la maternité, aux tests génétiques et à la chirurgie préventive contre le cancer,
- › 24 mois pour les frais liés à la procréation médicalement assistée.

Toutes dépenses engagées au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la *Date d'effet* du contrat, à la date de souscription d'une nouvelle option 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 sur étude (hors Maternité), si *Vous* justifiez avoir bénéficié de garanties « frais de santé » au moins équivalentes à celles du contrat MyHealth International au cours du mois précédant la date de prise d'effet du 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* bénéficiiez précédemment.

6.3. Durée de couverture et renouvellement de votre contrat :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période de 12 mois. Elle est reconduite par tacite reconduction à chaque date anniversaire, pour une durée d'un an sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties à chaque échéance anniversaire, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre recommandée électronique, en respectant un préavis de deux mois.

Les Conditions générales et le Tableau des garanties en vigueur à la date de renouvellement s'appliqueront durant toute la durée de l'année d'assurance.

En cas de modification des Conditions générales ou des niveaux de remboursement, vous en serez informé trois mois avant l'échéance anniversaire de votre contrat. *Nous* nous engageons à informer l'*Adhérent* des éventuelles modifications tarifaires, 2 mois avant son entrée en vigueur. A défaut de dénonciation de votre contrat dans les trente jours suivant la communication desdites modifications, celui-ci sera renouvelé sur la base de ces nouvelles conditions sous condition suspensive de réception du règlement des *Cotisations* correspondantes.

6.4. Les garanties de votre contrat cessent :

- en cas de résiliation à l'échéance annuelle (date anniversaire du contrat) par l'*Adhérent* avec un préavis de 60 jours ;
- en cas de résiliation infra-annuelle par l'*Adhérent*, à tout moment après 12 mois d'adhésion. Votre résiliation prendra effet 30 jours après réception de la notification ;
- en cas de résiliation 30 jours après la réception des nouvelles conditions de couverture ;
Pour exercer son droit de résiliation, l'*Adhérent* peut notifier sa demande 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
 - via le formulaire disponible depuis votre Espace assuré en sélectionnant le motif "Demander une résiliation"
 - ou par e-mail à care@april-international.com ;
- en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 7.3) ;
- en cas de dénonciation de la convention par l'assureur ou l'Association des Assurés APRIL à l'échéance annuelle (dans ce

- cas, l'Association s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;
- f) dès que *Vous* cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 3). La résiliation interviendra au terme de la période en cours et au plus tard dans les 30 jours après réception de la notification, sous réserve de réception d'un justificatif ;
- g) 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).

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. 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 de l'adhésion au contrat.

Nous nous réservons la possibilité d'engager toute action en justice afin de réparer le préjudice qui *Nous* a été causé.

Il *Vous* sera demandé de rembourser l'ensemble des prestations qui *Vous* a été indûment réglé au titre du contrat.

6.5. 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 :

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...)

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

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

L'*Adhérent* a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter 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 42 ou d'adresser à APRIL International Care France une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous :

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

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

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

7. Cotisations

L'adhésion au contrat ne *Vous* dispense pas de *Cotisations* dues au régime obligatoire dont *Vous* pourriez relever.

7.1. Le calcul et l'évolution des *Cotisations*

A l'adhésion, la *Cotisation* est calculée en fonction de l'âge de chaque *Assuré* à la *Date d'effet* du contrat et du *Pays de résidence* déclaré.

Le montant de la *Cotisation* est indiqué au sein de l'appel de *Cotisations* toutes taxes comprises. Tout changement du taux de ces taxes entraînera automatiquement une modification du montant de la *Cotisation*.

En cours d'année, la cotisation peut évoluer en fonction de l'âge de chaque *Assuré* (à la date anniversaire du contrat), du

Pays de résidence, de la zone de couverture et du pays de soins, de la formule, des garanties et options souscrites, de la devise du contrat. **Vous devez nous déclarer toute modification dans votre situation dès que vous en avez connaissance. La Cotisation pourra le cas échéant faire l'objet d'un recalcul en fonction de votre nouvelle situation.**

La cotisation peut également évoluer en fonction de l'inflation des tarifs médicaux et/ou, de l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré ou d'autres facteurs de risques susceptibles d'avoir une incidence sur l'équilibre économique du contrat d'assurance.

En cas d'évolution de votre *Cotisation* en cours d'année, *Nous* vous informerons du montant de votre nouvelle *Cotisation* et vous disposerez d'un délai de 30 jours suivant cette communication pour dénoncer votre contrat par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre recommandée électronique.

A noter : la composition du groupe assuré tient compte de l'année d'adhésion, de l'âge de chaque *Assuré*, de la zone géographique de la résidence, de la composition de la famille assurée, de la devise et des garanties souscrites.

7.2. Les modes de paiement :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en € ou en US\$, annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement selon le mode de paiement choisi par l'*Adhérent* :

- › carte bancaire ;
- › PayPal ;
- › virement bancaire (les frais de virement sont à la charge de l'*Adhérent*) ;
- › prélèvement SEPA (compte en euro domicilié dans l'un des pays de la zone SEPA) non disponible pour la devise US dollar. Le règlement mensuel n'est disponible qu'en cas de paiement par prélèvement SEPA.

La devise sélectionnée lors de l'adhésion détermine la devise de gestion de votre contrat, tant pour le paiement de vos *Cotisations* que pour vos remboursements.

7.3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement des Cotisations ?

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

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

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

8. Évolutions de votre contrat

8.1. Comment modifier votre contrat ?

L'*Adhérent* peut modifier au cours de son contrat la zone de couverture, les garanties, la formule, la devise et les options choisies initialement dans les conditions prévues ci-après.

Cette demande peut être soumise à l'étude de l'assureur et l'*Assuré* et ses *Ayants-droit* peuvent être soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat :

- › En cas de modification du montant de la *Franchise* annuelle, du niveau de remboursement (70% - 80% - 90% - 100%) ou de la devise du contrat
 - la modification prend effet à la prochaine date anniversaire du contrat, sous réserve d'acceptation de l'assureur.
- › En cas de modification du type de couverture, des garanties, des zones ou de la formule :
 - la modification prend effet au plus tôt à la fin de la période en cours suivant la réception de la demande de modification, sous réserve de l'acceptation de l'assureur.
 - le changement des garanties ou de formule à la hausse ou d'une *Zone de couverture* pour une zone supérieure, est effectif pour une durée minimale de 12 mois consécutifs.
 - le changement pour une formule offrant des montants de remboursements inférieurs est possible uniquement après une durée minimale de 12 mois consécutifs d'adhésion à la précédente formule (sauf en cas de modification de la situation de famille ou en cas de changement de pays de résidence).
 - les forfaits (dentaire, optique [...]) ne sont pas cumulatifs en cas de changement de formule frais de santé en cours d'adhésion.

8.2. 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 *Pays de résidence*, de coordonnées (**par défaut les communications adressées aux dernières coordonnées connues produiront tous leurs effets**) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle. Ces changements pouvant avoir un impact sur la *Cotisation*.

9. Dispositions générales

9.1. Qui assure votre contrat ?

Il a été conclu par l'Association des Assurés APRIL (Association loi 1901, située au 12 rue Juliette Récamier – 69452 LYON Cedex 06) 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 disponibles en annexe de ce document) :

> pour les garanties frais de santé :

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Groupama Gan Vie (conventions frais de santé 329/200468/00010, 219/200467/00010, 329/200468/55555 et 219/200467/55555 pour les contrats au 1^{er} euro/US dollar. Conventions frais de santé 219/200467/10010 et 329/200468/10010 pour les contrats en complément de la *CFE*), société anonyme au capital de 1 371 100 605 € (entièrement versé), immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 340 427 616 (code APE : 6511Z), située 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE ;

> pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée :

des conventions d'assistance de groupe à adhésion facultative avec Chubb European Group SE (conventions FRBOTA73507, FRBOTA73508, FRBOTA73509 et FRBOTA73510), entreprise régie par le Code des assurances français, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

9.2. Cadre légal

L'autorité chargée du contrôle des organismes assureurs pour toutes les garanties 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, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE. L'adhésion au contrat MyHealth International est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes Conditions générales et l'*Attestation d'assurance*. Elle est soumise à la législation française et notamment à son Code des assurances.

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

9.3. 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 suivantes :

1° En cas de 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 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. 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 ;
- > la demande en justice ;
- > une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée ;

- › 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 ;
- › l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions.

9.4. Subrogation

L'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

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

9.5. Contrôle

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

9.6. Réclamation – médiation

La qualité de service est au cœur de nos engagements, mais si toutefois *Vous* souhaitez formuler une réclamation relative aux services fournis par notre société, *Vous* pouvez vous contactez notre service des réclamations dont les coordonnées sont les suivantes :

- › APRIL International Care France – Service Courrier – 1, rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCE
- › Nos bureaux : APRIL International Care France – 14, rue Gerty Archimède – 75012 PARIS – FRANCE
- › E-mail : reclamation.expatrie@april-international.com

Délais de traitement : Une copie datée de votre réclamation vous sera remise. Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de votre réclamation. Une réponse vous sera fournie dans les 2 mois.

Saisine du médiateur : Si la réponse fournie ne vous satisfait pas, ou 2 mois après l'envoi de votre première réclamation écrite, *Vous* pourrez saisir le Médiateur compétent à l'adresse suivante :

- › La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 – FRANCE,
- › E-mail : le.mediateur@mediation-assurance.org

Si l'adhésion au contrat a été effectuée à distance par Internet, *Vous* pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante :

- › <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Nous vous informons que les données recueillies pour le traitement de votre réclamation font l'objet d'un traitement informatique par notre société aux fins de suivi du traitement des réclamations et ne peuvent être communiquées qu'à l'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 9.7).

9.7. Loi informatique et libertés

Dans le cadre de notre relation, *Nous* sommes amenés à recueillir des données personnelles *Vous* concernant. Les informations sur les traitements de données et sur l'exercice de vos droits sur ces données figurent dans la « Notice d'information – traitement de vos données personnelles » qui *Vous* a été fournie. Ce document est également disponible auprès de nos conseillers et sur notre site www.april-international.com.

10. Annexe : Dispositions spécifiques en cas de couverture en complément de la CFE

Article 1 – Objet de l'annexe

Si Vous êtes affilié à la CFE, le remboursement de l'assureur interviendra en complément des prestations versées par ce régime de protection sociale, dans les conditions du contrat et de la présente annexe, décrites ci-après.

Article 2 – « Qui peut bénéficier du contrat ? »

En complément des dispositions du paragraphe 4.2 – « Qui peut bénéficier du contrat ? », lorsque les garanties sont souscrites en complément de la CFE, l'adhésion est subordonnée à l'affiliation effective de l'Assuré à la CFE au titre des régimes maladie et maternité pendant la durée du contrat. L'affiliation à la CFE est portée sur l'Attestation d'assurance.

Article 3 – « Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ? »

En complément des dispositions du paragraphe 4.1 – « Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ? » l'adhésion au présent contrat Vous garantit, en fonction des formules et garanties sélectionnées, une couverture santé internationale en complément de la CFE.

Article 4 – « Nature et montant des remboursements »

4.1 Principes de prise en charge

Les remboursements d'APRIL International interviennent :

- après déduction des remboursements effectués par la CFE ;
- dans la limite des frais réellement engagés ;
- dans la limite des plafonds de vos garanties indiqués au paragraphe 4.2.2. « Tableau de garanties Frais de santé ». Ces plafonds s'entendent y compris la participation de la CFE.

En complément des dispositions du paragraphe 4.2.1 – « Nature des remboursements », en cas de couverture complémentaire à la CFE, seules les dépenses de santé prises en charge par cet organisme sont garanties.

Toutefois, nous intervenons au 1^{er} euro uniquement pour certaines garanties non couvertes par la CFE mais prévues au tableau de garanties, sous réserve que celles-ci soient souscrites :

- la chambre d'hôpital ;
- le lit pour un parent accompagnant ;
- les consultations auprès de psychothérapeutes et psychologues ;
- la médecine complémentaire : Consultations d'ergothérapeute ;
- la médecine alternative : Consultations d'ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur, praticien en médecine traditionnelle chinoise, hypnothérapeute ;
- les consultations de diététiciens et de nutritionnistes ;
- le forfait automédication ;
- le bilan de santé ;
- les implants dentaires ;
- la parodontologie, l'endodontie ;
- les lentilles non prises en charge ;
- Les tests génétiques ;
- l'application de santé ou de remise en forme ;
- la chirurgie au laser.

4.2 Fonctionnement des Franchises et du Copaiement

Les Franchises telles que décrites au paragraphe 4.2.3 « Fonctionnement des Franchises et du Copaiement » ne sont pas disponibles en cas de couverture en complément de la CFE.

Article 5 – « Ce qui est exclu de votre contrat »

Outre les Exclusions détaillées au paragraphe 5.2 « Exclusions de la garantie Frais de santé », sont exclues :

- toutes dépenses d'ordre médical et chirurgical qui ne sont pas prises en charge par la CFE (sauf dispositions contraires prévues à l'Article 4.1 ci-avant de la présente annexe).

Article 6 – « Quand débute votre contrat ? »

En complément des dispositions prévues au paragraphe 6.1 « Quand débute votre contrat ? », la prise d'effet des garanties en complément de la CFE est conditionnée à l'ouverture effective des droits de l'Assuré auprès de la CFE.

Les garanties ne couvrent que les dépenses engagées postérieurement à la *Date d'effet* du contrat et à l'ouverture des droits à la CFE. Les *Délais d'attente* prévus au contrat demeurent applicables.

Article 7 – « Les garanties de votre contrat cessent : »

En complément des dispositions prévues au paragraphe 6.4 « Les garanties de votre contrat cessent », les garanties cessent pour chaque *Assuré* dès lors que celui-ci n'est plus affilié à la CFE.

Article 8 – « Les modes de paiement : »

En complément des dispositions du paragraphe 7.2 « Les modes de paiement », en cas de souscription de la couverture en complément de la CFE, la devise « US dollar » n'est pas disponible.

RENONCIATION

Article L112-9 du Code des assurances français

Article L112-9 : « 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 ou recommandé électronique pendant le délai de quatorze (14) 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 ou recommandé électronique en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de quatorze (14) jours 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 : **MyHealth International Réf. NMHI26**

Référence du contrat :

Numéro client :

Date de signature de la Demande d'adhésion :

Nom de l'Adhérent :

Prénom de l'Adhérent :

Date de naissance 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 :





L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d' APRIL International Care France présents dans le document, est déposé et est la propriété d' APRIL International Care France. Toute reproduction partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l' objet de poursuites judiciaires. Juin 2026.



APRIL International Care France

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE

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

 **april**
International
L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL

Les statuts complets et le règlement intérieur sont consultables sur internet à l'adresse suivante :
www.association-assures-april.fr

Mis à jour le 17 avril 2018

Article 2. Objet

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses Membres Adhérents, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires ou à partir du 1er euro, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des Régimes obligatoires notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses Membres Adhérents aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses Membres Adhérents en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne de ses Membres Adhérents dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

Article 5. Composition

L'Association se compose de Membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non-salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

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

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

Sont également Membres Adhérents, mais sans voix délibérative, sur décision du Conseil d'Administration :

- les personnes physiques ou morales rendant ou ayant rendu des services signalés à l'Association, dites membres d'honneur ou honoraires ;
- les personnes physiques ou morales ayant effectué un don ou legs à l'Association, dites membres bienfaiteurs.

Article 6. Perte de la qualité de Membre Adhérent

La qualité de membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;

- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'Assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;
- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. À ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de Membre Adhérent reste acquise à l'Association.

Article 8. Opposabilités aux Membres Adhérents

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Membres Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

Article 9. Ressources de l'Association

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations de ses Membres Adhérents ;
- du revenu de ses biens ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- des subventions ou versements autorisés par la loi ;
- de toutes autres ressources non interdites par la loi.

Article 11. Fonds d'Actions Solidaires

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Membres Adhérents.

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Actions Solidaires est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Solidaires menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

Article 13. Assemblées Générales

1. Assemblées Générales

1.1. Assemblée Générale Ordinaire

Au moins une fois par an, les Membres Adhérents sont

convoqués en Assemblée Générale Ordinaire dans les conditions prévues ci-dessous.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

- le rapport sur la gestion établi par le Conseil d'Administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'Association. Ce rapport est tenu à la disposition des Membres Adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes ;
- le rapport moral ;
- le rapport financier.

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

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration dans les conditions prévues à l'Article 12 des présents statuts.

1.2. Assemblée Générale Extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

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

2. Convocation

2.1. Convocation aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Les Membres Adhérents de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, en règle de leur cotisation associative, sont réunis au moins une fois par an, en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire. Les Membres Adhérents de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, en règle de leur cotisation associative, sont réunis au moins une fois par an, en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires se composent de tous les Membres Adhérents de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Membres Adhérents.

Les Assemblées Générales se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires, sur la demande d'au moins 10% des Membres Adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée Générale Extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée Générale Extraordinaire doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent Membres Adhérents, dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président de l'Association quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée Générale.

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

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

3. Droit de vote

3.1. Droit de vote aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Tout Membre Adhérent dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale Ordinaire et Extraordinaire.

Les Membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Membre Adhérent personne physique, a la faculté de donner mandat à un autre Membre Adhérent ou à son conjoint. Un même Membre Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées – Ordinaire et Extraordinaire – se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président ou à son délégataire au sein du Conseil d'Administration et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

3.1.1 Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée. Toutefois, si le quart au moins des Membres Adhérents présents le demande, les votes sont émis au scrutin secret.

Pour l'élection des membres du Conseil d'Administration, le vote secret est obligatoire.

3.1.2 Assemblée Générale Extraordinaire

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents ou représentés.

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents ou représentés.

4. Tenue des Assemblées

La Présidence des Assemblées appartient au Président de l'Association qui peut déléguer ses fonctions au Vice-Président et à défaut à un autre Administrateur.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées obligent par leurs décisions tous les Membres Adhérents concernés y compris les absents.

4.1. Tenue des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Les Assemblées Générales Ordinaire et Extraordinaire ne peuvent valablement délibérer que si au moins mille Membre Adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des Membres Adhérents présents ou représentés.

A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Sur décision du Président, les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires pourront être tenues à distance et donner lieu à un vote électronique.

APRIL International Care France
14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE
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.orientas.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de
Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE

