



Ma couverture temporaire à l'étranger

Conditions générales 2026

MyStudies Cover

MyTravel Cover

Réf : Mtc Cov 2026
Mise à jour : Décembre 2025


Si Vous avez la moindre question relative à votre contrat, Nous sommes à votre écoute du lundi au vendredi de 8h30 à 18h, pour Vous conseiller et simplifier toutes vos démarches :

 **Zone Asie-Pacifique**

APRIL International Care – Bangkok

Tel : +66 (0) 2022 9180

Email : info.expats@april-international.com

 **Zone Afrique, Europe et
Moyen-Orient**

APRIL International Care – Paris

Tel : +33 (0) 1 73 02 93 93

Email : info.expats@april-international.com

 **Zone Amérique**

APRIL International Care – Mexico

Tel : +52 (55) 52 80 13 37

Email : info.expats@april-international.com

Nos conseillers sont également joignables via :



**Facebook
Messenger**

Sommaire

1. Définitions	3
1.1 Définitions communes à toutes les garanties.....	3
1.2 Définitions spécifiques à la garantie frais de santé.....	4
1.3 Définitions spécifiques à la garantie assistance rapatriement.....	5
1.4 Définitions spécifiques à la garantie Responsabilité civile vie privée.....	6
1.5 Définitions spécifiques à la garantie bagages.....	6
1.6 Définitions spécifiques à la garantie individuelle Accident.....	6
2. Garanties et territorialité de votre contrat.....	6
3. Qui peut bénéficier du contrat ?	7
4. Date d'effet, durée et renonciation au contrat	7
4.1 Quand débute votre contrat ?.....	7
4.2 Les Délais d'attente applicables à votre contrat.....	8
4.3 Durée de couverture et nouvelle adhésion au contrat.....	8
4.4 Les garanties de votre contrat cessent.....	8
4.5 Comment renoncer à votre contrat ?.....	8
5. Cotisations	9
5.1 Comment est déterminé le montant de vos Cotisations ?.....	9
5.2 Les modes de paiement.....	9
5.3 Que se passe-t-il en cas de non-paiement des Cotisations ?.....	9
5.4 Evolution de la <i>Cotisation</i>	10
6. Évolution de votre contrat	10
6.1 Comment modifier votre contrat ?.....	10
6.2 Quelles informations devez-Vous porter à notre connaissance ?	10
7. Ce que couvre votre contrat et comment en bénéficier ?	10
7.1 Frais de santé.....	10
7.2 Assistance rapatriement	14
7.3 Assistance psychologique	17
7.4 Assistance juridique	17
7.5 Responsabilité civile vie privée	18
7.6 Individuelle <i>Accident</i>	18
7.7 Assurance bagages et effets personnels	19
7.8 Incidents de voyage	20
7.9 Interruption de séjour	21
8. Ce qui est exclu de votre contrat	21
9. Dispositions générales	25

Remarque :

Les présentes Conditions générales concernent les garanties proposées par APRIL International. Si Vous optez pour une adhésion commune CFE + APRIL, Vous êtes automatiquement affilié à la CFE pour les risques *Maladie-Maternité* couverts conformément au Code de la Sécurité sociale française. Pour toute information relative aux prestations CFE : www.cfe.fr.

Le contrat d'assurance MyTempo Cover est souscrit par l'Association des Assurés APRIL contractante au profit de toute personne pouvant adhérer au contrat, se rendant temporairement dans un pays étranger, dans le monde entier.

Ces Conditions générales sont applicables aux offres MyStudies Cover (à l'occasion d'études, de séjours linguistiques, de stages liés aux études) et MyTravel Cover (de séjours professionnels, ou de voyages longue durée ou encore de loisirs ou visites à titre professionnel ou privé).

1. Définitions

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

ACCIDENT : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La cause et les symptômes doivent être médicalement et objectivement définissables, et être sujets à un diagnostic et requérir des soins.

En application de l'article 1353 du Code civil, il appartient à l'assuré 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.

AN (PAR AN) : la mention « *par an* » utilisée dans le tableau des garanties signifie « *par Année d'assurance* ».

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

ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS » : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties de l'adhésion au contrat, dont les coordonnées sont indiquées sur l'*Attestation d'assurance*.

ASSURÉ, « VOUS » : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties de l'adhésion au contrat. C'est-à-dire Vous et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites sur l'*Attestation d'assurance*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.

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

ATTESTATION D'ASSURANCE : document attestant de l'adhésion au contrat, présentant les conditions de couverture et mentionnant notamment la *Date d'effet* de l'adhésion au contrat, les noms, prénom et date de naissance de l'Adhérent et de(s) l'Assuré(s), les garanties souscrites, la couverture (au 1^{er} euro ou en complément du régime social de base) et les *Cotisations*.

CONJOINT : l'époux ou l'épouse de l'Assuré principal, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'Assuré principal Bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du Sinistre. Le concubin notoire de l'Assuré principal pourra être considéré comme ayant la qualité de Conjoint si la justification de sa qualité est faite.

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

COTISATION : somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par les assureurs.

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

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

ENFANT À CHARGE : votre enfant, celui de votre Conjoint, célibataire et fiscalement à charge jusqu'à 21 ans. Les enfants de moins de 28 ans, poursuivant des études ou un apprentissage, célibataire (même s'ils ne vivent pas sous le même toit), sont également couverts sous réserve de la production annuelle d'un justificatif de la poursuite d'études (carte d'étudiants, certificat de scolarité, contrat d'apprentissage...)

ÉTRANGER : monde entier limité aux pays de couverture tels que défini en chapitre 2 du sommaire - GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT, hors Pays d'origine de l'Assuré et hors Pays exclus.

ÉTUDIANT ASSIMILÉ : apprenti, jeune au pair, étudiant rémunéré dans le cadre de ses études. Dans tous les cas, la rémunération perçue ne peut dépasser l'équivalent de 1 300 € par mois.

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

EXPATRIATION : est en *Expatriation*, la personne en mobilité internationale, en dehors de son Pays d'origine.

FORCE MAJEURE : tout événement imprévisible, irrésistible et extérieur.

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

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

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

NOUS : APRIL International.

PAYS DE DESTINATION/D'EXPATRIATION : le pays dans lequel Vous Vous rendez à l'étranger, différent de votre Pays de nationalité ou Pays d'origine.

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

PAYS D'ORIGINE : le pays de résidence de l'Assuré avant son Expatriation ou son Pays de nationalité, différent du Pays de destination/d'Expatriation.

PAYSEXCLUS : en fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler ou pour des raisons règlementaires, la couverture pour certains pays ou certaines zones de pays est exclue. La liste complète des Pays exclus est disponible sur notre site en [cliquant ici](#) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expatri@april-international.com. Cette liste de Pays exclus est susceptible de varier.

RÉSILIATION : cessation définitive et anticipée du contrat ou de l'adhésion.

SINISTRE : événement, Maladie ou Accident mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion au contrat est en vigueur.

1.2 Définitions spécifiques à la garantie frais de santé :

ACCORD PRÉALABLE : les Hospitalisations et les actes médicaux supérieurs à 2 000 € sont soumis à l'Accord préalable de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à Nous faire parvenir un devis détaillé et 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.

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

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.

AUXILIAIRES MÉDICAUX : professionnels paramédicaux (par exemple infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, ...).

CHAMBRE D'HÔPITAL : séjour en chambre particulière standard ou semi-privée. Les chambres de luxe, de fonction et les suites ne sont pas prises en charge.

CHIRURGIE AMBULATOIRE : chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé (Hôpital, clinique), un centre médical ou un cabinet médical, le patient arrivant et repartant le même jour.

CHIRURGIE DENTAIRE : procédure chirurgicale telle que l'extraction des dents de sagesse pratiquée dans un Hôpital par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue.

COMPLICATIONS DE GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT : elles concernent d'une part, les complications qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse, et dans ce contexte seront couverts les cas suivants : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, prééclampsie, fausse couche, risques de fausse couche et enfant mort-né ou môle. Seront également couvertes les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire.

COÛTS RAISONNABLES ET HABITUELS : les coûts des frais de santé sont considérés comme étant raisonnables et habituels lorsqu'ils n'excèdent pas les tarifs habituellement pratiqués pour une prestation ou un traitement identique dans la localité où ils sont engagés. Les frais médicaux sont très variables selon les pays, voire entre les praticiens ou établissements d'une même localité : certains pratiquent des tarifs plus élevés que d'autres, à qualité de prestation équivalente. Pour éviter ce type d'abus, et grâce à une très bonne connaissance des systèmes de santé locaux, Nous avons construit des bases de données constamment enrichies de tarifs de référence depuis plus de 20 ans, mises à jour chaque année.

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 de l'adhésion au contrat portée sur l'Attestation d'assurance.

DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE : formulaire à faire compléter par le médecin permettant d'obtenir l'Accord préalable de l'assureur avant d'engager certains actes ou traitements.

ÉQUIPEMENTS ET APPAREILLAGES MÉDICAUX : tout matériel, équipement ou appareil médical prescrit aidant la fonction ou la capacité de la personne assurée, tel que membre artificiel, béquille, fauteuil roulant, semelle orthopédique, appareil auditif. Les équipements médicaux prescrits dans le cadre de soins palliatifs ou de longue durée ne sont pas pris en charge. Cette définition n'inclut ni les prothèses dentaires ni les appareillages d'orthodontie ni les appareillages optiques.

FORFAIT JOURNALIER : part du prix de la journée d'hospitalisation en France non prise en charge par le régime social de base français.

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT : formulaire fourni à l'adhésion et à faire remplir et signer par le médecin prescripteur pour chaque demande de remboursement en cas de sélection de la formule EMERGENCY ou lors d'un séjour en dehors de la zone de couverture. Sans ce document rempli et signé, aucun remboursement ne sera effectué.

GREFFE D'ORGANE : intervention chirurgicale qui consiste à effectuer une greffe de tissu ou d'organe (tout ou partie), cœur, poumon, foie, pancréas, rein, moelle osseuse, thyroïde, parathyroïde, os, muscle, cornée. La garantie ne couvre pas les frais pour l'acquisition de l'organe.

HÔPITAL : établissement médical et/ou chirurgical dument habilité par les autorités sanitaires du pays où il se situe. Ne sont pas considérés comme hôpitaux les maisons de repos et de convalescence, les centres de cure thermique, de thalassothérapie, de remise en forme, les hospices et les établissements accueillant les personnes âgées.

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE : séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures, consécutivement à un Accident ou une Maladie.

HOSPITALISATION AMBULATOIRE DE JOUR : hospitalisation de moins de 24 heures pour laquelle un lit est attribué à l'Assuré, sans que Vous ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier, et pour laquelle Vous quittez l'établissement hospitalier avec une autorisation de sortie le jour même.

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

MALADIE INOPINÉE (OU SOUDAINE) : toute altération de l'état de 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. Est considérée comme Maladie préexistante toute affection de ce type ou symptomatique avec prise en charge médicale dont Vous avez eu connaissance, ou dont Vous auriez raisonnablement pu avoir connaissance au moment de l'adhésion au présent contrat.

MATERNITÉ : grossesse non pathologique (*), accouchement et ses suites.

La garantie Maternité n'est acquise que pour :

- Les Assurés affiliés à MyStudies Cover s'expatriant aux États-Unis.
- Les Assurés affiliés à MyTravel Cover s'expatriant dans le cadre d'un Programme Vacances-Travail, sauf si l'assuré a pour destination le Canada.

Sont couverts, tous les frais médicalement nécessaires, y compris les frais de séjour à l'Hôpital, les honoraires médicaux, les honoraires de sage-femme (pendant la phase de travail uniquement) et les soins pré et postnatals ainsi que les soins au nouveau-né. La Maternité n'est considérée ni comme une Maladie, ni comme un Accident.

ONCOLOGIE : spécialité faisant référence aux honoraires, examens, traitements de chimiothérapie et radiothérapie et les frais hospitaliers occasionnés dans le cadre du traitement du cancer.

(*) Définition de la grossesse pathologique : grossesse qui menace directement la santé de la mère et/ou de l'enfant, un risque obstétrical ou fœtal étant identifié au cours de la grossesse et nécessite une prise en charge spécifique.

OPTIQUE : consultation et examens réalisés par un optométriste ou un ophtalmologiste qualifié, frais de lentilles correctrices, verres correcteurs et monture.

PATHOLOGIE : ensemble des manifestations d'une *Maladie*, des symptômes et effets morbides qu'elle entraîne.

PROTHÈSES DENTAIRE : couronnes, bridges, inlays/onlays, appareils de reconstruction ou de réparation collée, inlay-core, dentiers et tous les traitements auxiliaires nécessaires. Les appareillages d'orthodontie ne sont pas considérés comme des *Prothèses dentaires*.

PSYCHIATRIE : traitement des troubles nerveux ou mentaux dispensé par un psychiatre clinicien qualifié. Ces troubles doivent être associés à une souffrance réelle et actuelle ou à une gêne substantielle dans les activités majeures quotidiennes de l'Assuré telles que ses études ou son activité professionnelle. La pathologie doit être cliniquement grave et présenter les caractéristiques listées dans une classification internationale, telle que Diagnostique des Troubles Mentaux (DSM-IV ou ICD-10).

RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE « RO » : aucun dans le cadre d'une couverture au 1^{er} euro ou, le cas échéant, la Caisse des Français à l'Étranger – CFE ou CAFAT ou tout régime de protection sociale français pour les Assurés en bénéficiant.

SOINS COURANTS (DE VILLE) : ensemble des soins dispensés par des professionnels de santé en dehors des cas d'*Hospitalisation* ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médicaux-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, consultations dispensées à l'*Hôpital* en dehors des situations d'*Hospitalisation* (également appelées consultations « en soins externes »), ...

SOINS DE CONVALESCENCE, SOINS À DOMICILE : soins infirmiers reçus immédiatement après une *Hospitalisation* ou de soins de jour pris en charge par le contrat ou en remplacement d'une *Hospitalisation* qui aurait été prise en charge par le contrat, les soins étant effectués dans un *Hôpital*, un centre de convalescence ou au domicile de l'assuré.

La prise en charge n'est possible que si le médecin traitant le décide pour raisons médicales en accord avec le médecin conseil de l'assureur. Ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie les cures thermales, la thalassothérapie, les centres de remise en forme, les soins palliatifs et les soins de longue durée.

SOINS DENTAIRE D'URGENCE : soins dentaires suite à une urgence ou un *Accident*, nécessitant des soins administrés dans les 48 heures. Sont considérés comme des soins dentaires d'urgence les traitements de :

- Pulpite dentaire (Rage de dent persistante)
- Abscès dentaire et ou œdème
- Dent cassée ou tombée
- Hémorragie dentaire
- Alvéolite (inflammation de l'alvéole dentaire)
- Parodontopathie aigue

Ne sont pas considérés comme soins d'urgence les bilans dentaires, les soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie et la dévitalisation. Ils ne concernent ni les prothèses dentaires, ni les implants dentaires, ni la parodontologie, ni l'orthodontie.

SOINS PALLIATIFS : traitements hospitaliers administrés suite au diagnostic établissant que la pathologie (*Maladie* ou *Accident*) est en phase terminale et qu'aucun traitement ne peut rétablir la santé de l'Assuré. Sont pris en charge dans la limite indiquée au tableau de garanties, les soins physiques et psychologiques, les frais de séjour en *Hôpital* ou en hospice, les soins infirmiers et les médicaments prescrits. Ne sont pas pris en charge les séjours et traitements en maison de retraite.

SOINS POSTNATALS : soins médicaux de routine post-partum dispensés à la mère et ce jusqu'à six semaines après l'accouchement.

SOINS PRÉNATALS : examens et dépistages de suivi classiques nécessaires à la surveillance de la grossesse. Cela inclut, pour les femmes âgées de 35 ans et plus, si médicalement nécessaire, l'amniocentèse et les dépistages tels que les anomalies chromosomiques, les tests de spina bifida, les tests de Bart's et les analyses ADN directement liées à une amniocentèse couverte par ce contrat.

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

RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION : Vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation* (*Hospitalisation* de plus de 24 heures ou *Hospitalisation de jour*), sans avance de frais, si Vous êtes assuré au 1^{er} euro ou en complément de la CFE et sous réserve de l'étude de votre *Attestation médicale confidentielle*. Vous pouvez déclencher ce service en utilisant les numéros d'urgence mentionnés dans votre guide assuré ou accessibles depuis votre application Easy Claim ou en présentant votre carte d'assuré à l'établissement hospitalier. Ce service n'est pas disponible pour les assurés en complément de la Sécurité sociale.

TIERS PAYANT : système de paiement qui évite à l'Assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime obligatoire de protection sociale et/ou l'assureur santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

TRANSPORT DU MALADE : sont pris en charge les frais de transport de l'Assuré vers l'*Hôpital* ou le lieu de soins le plus proche et le mieux adapté, en ambulance ou véhicule sanitaire terrestre. Cette garantie ne couvre pas les frais d'évacuation ou de rapatriement.

URGENCE MÉDICALE : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente, soudaine et imprévisible nécessitant l'intervention impérieuse d'un médecin sous 48 heures.

UNOCAM : Union Nationale des Complémentaires Santé – 12 Boulevard Raspail, 75006 Paris.

1.3 Définitions spécifiques à la garantie assistance rapatriement :

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.

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

ÉQUIPE MÉDICALE : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'Europ Assistance.

MEMBRE DE LA FAMILLE : père, mère, sœur, frère, enfant, grands-parents ou tuteur légal domiciliés dans votre Pays de nationalité.

PROCHE : toute personne physique désignée par Vous ou l'un de vos ayants droit et domiciliée dans votre Pays d'origine.

1.4 Définitions spécifiques à la garantie responsabilité civile vie privée :

DOMMAGES CORPORELS : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DOMMAGES IMMATÉRIELS : tous dommages autres que corporels et matériels et qui sont la conséquence directe et immédiate de *Dommages corporels* ou *matériels* assurés.

DOMMAGES MATÉRIELS : dommages portant atteinte à la structure ou à la substance de la chose et résultant d'un événement garanti.

RESPONSABILITÉ CIVILE: obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

1.5 Définitions spécifiques à la garantie bagages :

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.

OBJETS DE VALEUR : les objets d'art et de collection, l'argenterie, les montres portées, les bijoux, les pierreries et perles fines, les tableaux de valeur, les fourrures, les caméras et autres appareils de reproduction d'images et leurs accessoires, les jumelles, les téléphones et ordinateurs portables et autres matériels HI-FI et informatiques.

1.6 Définitions spécifiques à la garantie individuelle Accident :

BÉNÉFICIAIRE : personne qui reçoit l'*Indemnité* ou le capital versé par l'organisme assureur.

INDEMNITÉ : somme versée pour réparer le préjudice que *Vous* avez subi.

INDIVIDUELLE ACCIDENT : garantie prévoyant le paiement d'un capital si *Vous* décédez ou devenez invalide suite à un *Accident*.

INVALIDITÉ (TOTALE OU PARTIELLE) : invalidité consécutive à un *Accident* entraînant votre impossibilité physique totale ou partielle, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, de *Vous* livrer à l'exercice normal de votre profession ou d'une profession *Vous* procurant un traitement équivalent, à celui que *Vous* receviez avant l'arrêt de travail consécutif à l'*Accident* ou de vos études.

2. Garanties et territorialité de votre contrat

2.1 Quelles sont les garanties couvertes par l'adhésion au contrat ?

Le contrat propose, pour chaque offre, 2 formules de garanties « Emergency » et « Comfort » L'adhésion au contrat garantit, en fonction de la formule sélectionnée, les prestations suivantes :

Pour la formule « Emergency » :

- Remboursement de frais de santé : *Hospitalisation, Soins courants* et dentaire en cas d'*Urgence médicale* ou *Accident* et soins optique en cas d'*Accident*.
- Garanties d'assistance rapatriement
- Responsabilité civile vie privée et stages
- Assurance Bagages et effets personnels
- Garantie Individuelle *Accident*.

Pour la formule « Comfort » :

- Remboursement de frais de santé : *Hospitalisation* et *Soins courants* en cas de *Maladie* ou *Accident*, dentaire en cas d'*Urgence médicale* ou *Accident* et optique en cas d'*Accident*.
- Garanties d'assistance rapatriement
- Responsabilité civile vie privée et stages
- Assurance Bagages et effets personnels
- Garantie Individuelle *Accident*.

2.2 Où êtes-*Vous* couvert ?

Les garanties sont acquises dans le *Pays de destination* indiqué sur votre *Attestation d'assurance*.

Les garanties sont également acquises dans les pays de la zone de couverture sélectionnée.

3 zones de couvertures sont proposées :

Zone 1 : Monde entier.

Zone 2 : Monde entier hors Etats-Unis (incluant Canada, Chine, Hong-Kong, Mexique, Monaco, Royaume-Uni, Singapour, Suisse).

Zone 3 : Monde entier hors Etats-Unis, Canada, Chine, Hong-Kong, Mexique, Monaco, Royaume-Uni, Singapour, Suisse.

En dehors de la zone de couverture, les garanties sont également acquises lors de séjours ponctuels d'une durée de 30 jours maximum cumulés sur toute la période de couverture en cas d'*Accident* ou d'*Urgence médicale* (et sur présentation du formulaire spécifique de demande de remboursement) lors de séjours pour raison non médicale.

Les garanties sont également acquises dans votre *Pays de nationalité* si celui-ci est dans la zone de couverture sélectionnée.

Si votre *Pays de nationalité* n'est pas dans la zone de couverture sélectionnée, les garanties sont néanmoins acquises dans votre *Pays de nationalité* pour des séjours ponctuels, pour raison non médicale, inférieurs d'une durée maximum de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans votre *Pays de destination*.

En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est exclue. La liste complète des *Pays exclus* est disponible en [clicquant 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.

3. Qui peut bénéficier du contrat ?

Pour être admissible à l'assurance ou demander une nouvelle adhésion au contrat, Vous devez :

- Être âgé, au moment de la *Date d'effet* de l'adhésion au contrat, de moins de 80 ans,
- L'Assuré principal doit, au moment de la *Date d'effet* de l'adhésion au contrat, être âgé de 10 ans ou plus,
- Séjourner, en dehors de votre *Pays de nationalité*, pour raison privée ou professionnelle, ou à l'occasion de voyages, études, séjours linguistiques ou au pair et stages professionnels,
- 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'adhésion souhaitée du contrat,
- N'être atteint d'aucune incapacité ou *Invalidité*, d'aucune *Maladie* en cours de traitement, sujette à rechute ou à caractère évolutif,
- Ne pas avoir subi de traitement médical récent soumis à rechute et ne pas prévoir de traitement dans votre *Pays de destination*,
- En cas de choix de couverture en complément d'un régime de protection sociale français : être affilié à la CFE ou bénéficier de la Sécurité sociale française ou de la CAFAT (ou régime équivalent français) et bénéficier à ce titre du régime *Maladie/Maternité* pendant toute la durée de l'adhésion au contrat,
- En cas de choix de l'offre MyStudies Cover :
 - Avoir le statut d'*Étudiant ou assimilé ou scolaire ou au pair* pendant la durée de votre adhésion au contrat,
 - Être en mesure de présenter une photocopie de votre carte étudiante ou un certificat de scolarité, une copie de votre contrat d'apprentissage ou de placement avec la famille-hôte en cas de séjour au pair en cours de validité à tout moment, sur demande des équipes de gestion APRIL International.

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

Si Vous résidez en France de manière stable et ininterrompue pour plus de 3 mois, Vous êtes susceptible de bénéficier de la protection universelle *Maladie* (PUMA) qui Vous garantit un droit à la prise en charge de vos frais de santé, de la part de la Sécurité sociale française.

Si Vous souscrivez au contrat APRIL International au 1^{er} euro, et que Vous remplissez par la suite les conditions pour être couvert par la PUMA, Nous pourrions Vous proposer une couverture complémentaire à la Sécurité sociale française et faire évoluer l'adhésion au contrat. C'est à Vous qu'il revient de vérifier si Vous êtes concerné et éligible à la PUMA. Pour plus d'information sur les conditions d'affiliation, rendez-vous sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

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

- Votre Conjoint,
- Vos Enfants à charge.

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

L'adhésion est subordonnée à acceptation médicale de l'assureur. 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 accepter votre adhésion mais à des conditions particulières, soit à Vous la refuser.

L'adhésion est constatée par l'émission d'une *Attestation d'assurance* sur laquelle figurent notamment la *Date d'effet* de l'adhésion, la formule, le type de couverture (au 1^{er} euro ou en complément du régime de protection sociale), la zone de couverture et la durée de couverture.

Il est précisé que l'ensemble des formalités ci-dessus est effectué par l'Adhérent lorsque l'Assuré n'a pas la capacité juridique à souscrire (cas de l'enfant mineur).

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

4.1 Quand débute l'affiliation au contrat ?

À la date indiquée sur l'*Attestation d'assurance* et au plus tôt le jour de la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Questionnaire de santé de l'ensemble des Assurés complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*, sous réserve de notre acceptation concrétisée par l'émission de l'*Attestation d'assurance* précisant les garanties sélectionnées. Si Vous avez opté pour une couverture en complément de la CFE, de la Sécurité sociale française ou de la CAFAT, votre couverture sera effective sous réserve de validité de vos droits auprès de votre régime de base.

Si votre dossier nécessite une étude médicale, votre contrat débutera au plus tôt le jour suivant notre 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.

4.2 Les Délais d'attente applicables au contrat :

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

- **10 mois pour les frais liés à la Maternité**
Dans tous les cas, la Maternité n'est couverte que pour :
 - les Assurés affiliés au contrat MyStudies Cover s'expatriant aux Etats-Unis.
 - les Assurés affiliés au contrat MyTravel Cover s'expatriant dans le cadre d'un Programme Vacances-Travail, sauf si l'Assuré a pour destination le Canada.
- **15 jours si Vous êtes déjà à l'étranger lors de la souscription au contrat. Ce Délai d'attente ne s'applique pas dans le cadre d'une nouvelle adhésion dans le cadre de la prolongation de votre séjour ou en cas d'Accident.**

Les Délais d'attente s'appliquent à compter de la Date d'effet portée sur votre Attestation d'assurance. Toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la Date d'effet du contrat ou pendant les Délais d'attente sont définitivement exclues des garanties et n'ouvrent droit à aucune prestation.

4.3 Durée de couverture maximale et nouvelle adhésion au contrat :

Nous attirons votre attention sur le fait que MyTravel Cover et MyStudies Cover sont des solutions d'assurance pour les séjours temporaires à l'Etranger.

Lors de votre première souscription, les garanties sont acquises pour une durée maximale de 12 mois (étendue à 18 ou 24 mois pour les Assurés au Canada, en Colombie et en Australie ayant des visas spécifiques exigeant une couverture au-delà de 12 mois).

Vous pouvez souscrire à nouveau à ce contrat ou ultérieurement, à la condition que la durée maximale totale de couverture (durée du nouveau contrat additionnée aux durées de couverture des contrats précédents) ne dépasse pas 24 mois (12 mois aux Etats-Unis) quel que soit le nombre de contrats souscrits (MyStudies Cover et MyTravel Cover). Si votre durée de séjour venait à excéder ces durées de couverture maximales, Nous vous invitons à nous contacter afin que Nous puissions vous présenter des solutions d'assurance adaptée à votre expérience internationale.

4.4 Les garanties de l'adhésion au contrat cessent :

- a) En cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 5.4) ;
- b) En cas de dénonciation de la convention par les assureurs ou l'Association des Assurés APRIL à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent) ;
- c) Dès que Vous cessez de répondre aux conditions d'adhésion telles que définies au paragraphe 3 ;
- d) Le jour du retour définitif dans votre *Pays de nationalité* ;
- e) Le dernier jour porté sur votre *Attestation d'assurance* ;
- f) Dès que Vous n'êtes plus affilié à la CFE, à la CAFAT ou à la Sécurité sociale française (ou à un régime équivalent français) si Vous avez souscrit en complément de la CFE, de la CAFAT ou de la Sécurité sociale française. Dans ce cas, la *Résiliation* prend effet dans les 30 jours après la notification écrite reçue par notre Service Suivi Client.

Nous ne prenons en charge que les frais engagés au titre de traitement et actes prescrits et réalisés avant la date de cessation des garanties.

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 d'adhésion au contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte dans la déclaration du risque, entraîne l'application, suivant les cas, des dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances français. En outre, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du Sinistre, omission de déclaration des autres assurances cumulatives, emploi comme justificatifs de documents inexacts, ou utilisation de moyens frauduleux expose l'Assuré et l'Adhérent à une déchéance de garanties et à la Résiliation 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.

4.5 Comment renoncer à votre contrat ?

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

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

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

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

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

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

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 28 ou d'adresser à APRIL International une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous :

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

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

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

5. Cotisations

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

5.1 Comment est déterminé le montant de vos Cotisations ?

La Cotisation est déterminée par l'offre sélectionnée, la formule et le type de couverture sélectionnés, la zone de couverture, la tranche d'âge et la durée de couverture choisie. L'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul de la Cotisation est l'âge de l'Assuré à la Date d'effet de l'adhésion au contrat.

En cas d'adhésion familiale, la somme des Cotisations de chaque assuré déterminera la Cotisation totale.

Les taxes actuelles à la charge de l'Adhérent sont comprises dans la Cotisation.

Que faire si votre séjour est annulé ou modifié ?

En cas d'annulation de votre séjour, c'est à dire que Nous sommes prévenus par écrit avant la Date d'effet du contrat :

la Cotisation sera remboursée à l'Adhérent si la preuve de l'annulation de votre séjour est jointe à la demande.

En cas de Résiliation, c'est à dire que Nous sommes prévenus par écrit après la Date d'effet du contrat :

Vous ou l'Adhérent pouvez résilier le contrat après l'échéance des 3 premiers mois lors d'un retour anticipé et définitif dans le Pays de nationalité. Aucun remboursement de Cotisations relatif à vos 3 premiers mois de couverture ne sera réalisé.

Pour résilier, Vous devez Nous transmettre la demande par email, accompagnée d'une copie du billet de transport retour et tout autre justificatif prouvant votre retour définitif. Nous Vous rembourserons au prorata la Cotisation trop perçue correspondant à la période entre la date de réception de vos justificatifs et la date de fin initiale de votre contrat.

5.2 Les modes de paiement :

Les Cotisations sont payables d'avance en euro selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent :

- En intégralité, au moment de l'adhésion par carte bancaire ou Paypal,
- Mensuellement, par SEPA sur un compte en euro domicilié dans l'espace unique de paiements (zone SEPA) moyennant des frais de 3€ par mois. Ce mode de paiement n'est pas disponible si la durée de l'adhésion au contrat est inférieure à 4 mois. Le pack CFE est disponible à partir de 3 mois de couverture et en prélèvement automatique (SEPA) uniquement.

Le paiement de la 1^{ère} Cotisation devra être effectué par carte bancaire ou Paypal à la signature de la Demande d'adhésion au contrat.

5.3 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.

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

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

5.4 Évolution de la Cotisation

- **Évolution des taxes :** Toute taxe ou contribution de nature sociale ou fiscale qui deviendrait applicable et dont la récupération ne serait pas interdite serait mise à votre charge et payable en même temps que la *Cotisation* et viendrait majorer le montant à payer.
- **Évolution de la réglementation :** Nous pouvons procéder à l'ajustement de la *Cotisation* afin de prendre en compte toute modification de la législation ou de la réglementation applicable au contrat. Si Vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez expressément la nouvelle *Cotisation*, Nous pourrions résilier votre adhésion 30 jours après notification par lettre recommandée.

6. Évolutions de votre contrat

6.1 Comment modifier l'adhésion au contrat ?

Avant la date de début de couverture : l'*Adhérent* peut modifier la formule, le type de couverture ou les dates de couverture qu'il a choisies initialement.

Une fois que l'adhésion a pris effet, elle ne pourra plus être modifiée. **Il ne sera notamment pas possible d'ajouter un ayant-droit, ni de changer de niveau de garanties.**

6.2 Quelles informations devez-Vous porter à notre connaissance ?

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

7. Ce que couvre votre contrat et comment en bénéficier ?

Assurances cumulatives :

Les remboursements des assureurs 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'assureur de votre choix.

SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'ADHESION AU CONTRAT.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

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

7.1 Frais de santé :

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

Nous mettons à votre disposition un réseau de professionnels de santé pratiquant des *Coûts raisonnables et habituels*. Si Vous recevez des soins dans un établissement de santé ou d'un praticien qui n'est pas membre du réseau ou recommandé par APRIL International, Vous Vous exposez à une pénalité de 20% 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 de votre appli Easy Claim,
- auprès de nos équipes : elles sont à votre écoute pour Vous accompagner dans toutes vos démarches de santé.

7.1.1 Nature et montant des remboursements

Sont remboursées, dans les limites indiquées dans le tableau de garanties et à l'*Attestation d'assurance*, toutes les dépenses d'ordre médical et chirurgical prescrites ou effectuées par une *Autorité médicale* qualifiée. Les traitements, soins, examens, consultations doivent être appropriés et nécessaires.

Ils doivent notamment :

- être nécessaires pour définir, diagnostiquer ou soigner l'état pathologique ou la blessure du patient,
- être appropriés aux symptômes, au diagnostic ou au traitement du patient,
- être conformes au savoir médical ou scientifique au moment des soins,
- être requis pour des raisons autres que le confort ou la commodité du patient ou du professionnel de santé,
- avoir un effet médical démontré et reconnu,
- être considérés comme du type et du niveau les mieux appropriés,
- être pratiqués uniquement durant une période appropriée,
- être pratiqués dans un lieu approprié.

Dans cette définition, le terme approprié prend en considération la santé du patient et le coût des traitements.

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

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

Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule, les garanties et le niveau de remboursement choisis, conformément au tableau des garanties et dans la limite des frais réellement engagés. Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de survenance du *Sinistre*. Seuls les frais correspondants à des actes dispensés pendant la période de couverture pourront être indemnisés. Pour chaque offre, deux formules « frais de santé » sont proposées selon votre niveau d'exigence : EMERGENCY ou COMFORT.

EMERGENCY

Plafond global des frais de santé : 250 000 €

Couverture en cas d'*Accident* ou d'*Urgence* médicale **uniquement**

Couverture jusqu'à 750 € pour les frais de médecine courante en cas d'*Accident* ou d'*Urgence médicale* uniquement

Conditions de couverture : à chaque demande de remboursement, l'*Assuré* doit faire remplir et signer par le médecin prescripteur le *Formulaire de remboursement* fourni à l'adhésion.

COMFORT

Plafond global des frais de santé : 500 000 €

Couverture en cas de *Maladie inopinée*, d'*Accident* ou d'*Urgence médicale*.

Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'assureur est plafonné, par *Assuré* et par *Année d'assurance*, au montant indiqué au tableau des garanties pour chacune des formules.

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

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

Montants des remboursements :

Le remboursement des frais et actes, énumérés au tableau des garanties ci-après, dans le cadre de chaque formule, est déterminé, acte par acte, par l'assureur et dans la limite des *Frais réels*.

Il est précisé que dans le tableau ci-après, lorsque le remboursement du contrat intervient en complément du régime de protection sociale français ou européen, les remboursements exprimés en pourcentage des *Frais réels* s'entendent sous déduction des prestations versées par ce régime.

Les prestations de l'assureur sont servies, selon les indications figurant à l'*Attestation d'assurance*, soit en complément des remboursements du régime de protection sociale soit au 1^{er} euro.

Les soins pratiqués en France ou dans le *Pays d'origine* déclaré sont remboursés dans les mêmes proportions que dans le *Pays de destination*.

Les prestations versées, éventuellement cumulées à celles du régime de protection sociale, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'*Assuré* ou par ses ayants droit.

TABLEAU DE GARANTIES

FORMULES	EMERGENCY	COMFORT
Montant maximum des frais de santé par <i>Année d'assurance</i> et par <i>Assuré</i>	250 000 € Couverture uniquement en cas d' <i>Accident</i> ou d' <i>Urgence médicale</i>	500 000 €
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE – Hors Maternité		
› Transport en ambulance (si <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International) › Frais de séjour (y compris <i>Forfait journalier</i> en France) › Honoraires médicaux et chirurgicaux › Examens, analyses, médicaments › Actes médicaux	100% des <i>Frais réels</i> <i>Accord préalable</i> nécessaire et orientation vers l'Hôpital le mieux adapté (selon la pathologie et les coûts de santé pratiqués par les établissements)	
<i>Hospitalisation</i> pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux	80% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 30 jours <i>par an</i>	
Chambre privée	Jusqu'à 50 € par jour	
SOINS COURANTS		
Consultations et actes auprès de médecins généralistes ou spécialistes (sauf psychiatre)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 750 € <i>par an</i> uniquement suite à un <i>Accident</i> ou <i>Urgence médicale</i> et sur présentation du <i>Formulaire de remboursement</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Analyses, examens de laboratoire, radiographies, pharmacie sur prescription (hors contraception, homéopathie, phytothérapie, vaccin, traitement antipaludéen et ceux prescrits lors d'une <i>Hospitalisation</i> pour un usage à domicile y compris pour <i>Maladie chronique</i>)		
Actes d'infirmiers et de kinésithérapeutes (suite à une hospitalisation prise en charge par APRIL International)		
<i>Psychiatres</i>	non pris en charge	80% des <i>Frais réels</i> Limité à 5 séances <i>par an</i>
<i>Soins dentaires d'urgence*</i> (<i>Pulpite dentaire, abcès dentaire, dent cassée...</i>) (<i>non consécutif à un Accident</i>)	100% des <i>Frais réels</i> Limité à 400 € / an	
DENTAIRE, APPAREILLAGE ET OPTIQUE SUITE A UN ACCIDENT		
<i>Soins dentaires d'urgence*</i> (<i>Pulpite dentaire, abcès dentaire, dent cassée...</i>) <i>Prothèses dentaires</i> Inlay-Core, Inlay-Onlay Non cumulable avec les <i>Soins dentaires d'urgence*</i> non consécutif à un <i>Accident</i>	100% des <i>Frais réels</i> Limité à 800 € / an <i>Accord préalable</i> nécessaire	
<ul style="list-style-type: none"> Équipement et appareillage médicaux, prothèses médicales ou orthopédiques Audioprothèse <i>Optique</i> : consultations, verres et montures ou lentilles 	100% des <i>Frais réels</i> Limité à 300 € / an <i>Accord préalable</i> nécessaire	

*voir la liste exhaustive dans la définition des *Soins dentaires d'urgence* en page 5 des Conditions générales.

CAS PARTICULIER POUR LA GARANTIE MATERNITÉ

La garantie *Maternité* dont les plafonds sont listés ci-après est valide uniquement dans les cas cités ci-dessous :

- Pour les Assurés sous le contrat MyStudies Cover ayant pour destination les États-Unis et couvert en zone 1,

FORMULES	EMERGENCY	COMFORT
MATERNITÉ – Délai d'attente 10 mois		
Frais de séjour	Non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> limités à 7 500 € / grossesse 15 000 € en cas de césarienne justifiée <i>Accord préalable</i> nécessaire
Honoraires et actes médicaux		
Analyses médicales, radiographies, pharmacie		
<i>Chambre d'Hôpital</i> privée standard		
Examens et soins pré et post-natals		

- Pour les Assurés s'expatriant dans le cadre d'un Programme Vacances-Travail, la garantie *Maternité* est acquise selon les conditions suivantes, sauf si l'Assuré a pour destination le Canada.

FORMULES	EMERGENCY	COMFORT
MATERNITÉ – Délai d'attente 10 mois		
Frais de séjour	100% des <i>Frais réels</i> limités à 3 000 € / grossesse 6 000 € en cas de césarienne justifiée <i>Accord préalable</i> nécessaire	100% des <i>Frais réels</i> limités à 7 500 € / grossesse 15 000 € en cas de césarienne justifiée <i>Accord préalable</i> nécessaire
Honoraires et actes médicaux		
Analyses médicales, radiographies, pharmacie		
<i>Chambre d'Hôpital</i> privée standard		
Examens et soins pré et post-natals		

Pour faire valoir cette garantie, des justificatifs seront demandés.

7.1.2 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 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).

Disposition concernant la prise en charge directe des frais d'Hospitalisation pour les assurés au 1^{er} € ou en complément de la CFE :

Les dépenses occasionnées pour les hospitalisations et examens préalables liés à l'Hospitalisation pourront faire l'objet, après *Accord préalable* de l'assureur, d'une procédure de prise en charge directe par ce dernier, dans les conditions usuelles, coutumières et raisonnables de la localité dans laquelle est effectué le séjour, dans la limite des garanties et prestations prévues par le contrat. L'excédent éventuel devra être réglé directement par l'Assuré.

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

Toute dépense médicale égale ou supérieure à 2 000 € est soumise 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'Accident ou d'Urgence médicale).

7.1.4 Comment effectuer une demande de remboursement ?

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

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

- Les notes d'honoraires ou de frais acquittées, des prescriptions médicales et ordonnances datées et mentionnant les noms, prénoms et date de naissance de la personne soignée, le genre de *Maladie*, la nature, la date des visites et soins donnés, accompagnés des preuves de paiement. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et indiquer la monnaie locale ;
- Si les soins nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire *Demande d'entente préalable* accepté par nos services médicaux ;
- En cas d'*Hospitalisation*, Vous devez également joindre à votre demande le compte-rendu hospitalier ainsi que le formulaire d'*Attestation médicale confidentielle* complété par votre médecin. Veuillez également Vous assurer que votre facture détaille le coût de la chambre privée ou semi-privée ;
- En cas d'*Accident*, le rapport d'*Accident* ;
- La preuve de l'*Accident* ou de la *Maladie inopinée* pour les soins en dehors zone de couverture ;
- La preuve de l'*Accident* ou de la *Maladie inopinée* pour les soins dentaire, l'appareillage et l'optique ;
- La preuve de l'*Accident* ou de la *Maladie inopinée* et le formulaire spécifique de demande de remboursement rempli et signé par le médecin prescripteur en cas de choix de la formule EMERGENCY.
- La preuve séjour temporaire pour raison non médicale inférieur à 60 ou 90 jours pour les soins effectués dans le *Pays de nationalité*.
- **Dans le cadre d'une couverture en complément d'un régime de protection sociale :** les bordereaux de remboursements (ou justificatifs de paiement) du régime de protection sociale auxquels l'*Assuré* doit joindre une pièce justificative du montant des *Frais réels* lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par cet organisme ou lorsque celui-ci n'intervient pas. Il est notamment précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le régime de protection sociale mais garantis au titre du contrat, le remboursement de l'assureur est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, notamment les prescriptions médicales.

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 de l'adhésion au contrat.

Les prestations dues sont payables en euros. Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de survenance du *Sinistre*.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, veuillez Nous avertir dans les 3 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

CAS SPÉCIFIQUES POUR LES SOINS EFFECTUÉS AUX ÉTATS-UNIS. NOUS METTONS A VOTRE DISPOSITION DES RÉSEAUX DE SOINS AU SEIN DESQUELS VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN SERVICE DE PAIEMENT DIRECT.

Ces deux réseaux comptent 690 000 médecins, plus de 5 500 hôpitaux et plus de 68 000 pharmacies auprès desquels Vous n'avez pas à faire l'avance d'argent, Nous réglons directement votre facture, dans les limites de couverture de votre contrat.

➤ **Pour toute demande de consultation ou de médecine courante, vous devez obligatoirement vous rendre auprès des professionnels et établissements de santé appartenant à ces réseaux.**

➤ **Pour toute demande d'*Hospitalisation*, il vous est fortement conseillé de vous rendre dans des hôpitaux appartenant au réseau « Recommandé par APRIL » pour éviter toute pénalité. Rendez-vous sur votre application Easy Claim pour en consulter la liste.**

COMMENT CONNAÎTRE LES HÔPITAUX, PHARMACIES ET MÉDECINS PARTENAIRES ?

Pour cela :

- Rendez-Vous sur <https://april.globalexcel.com>
 - Cliquez sur la spécialité recherchée puis sur « Find a provider » ou « Find a pharmacy »
 - Indiquez la localisation puis cliquez sur « Search ».
 - Sélectionnez « Passport to Healthcare® Primary PPO Network », puis cliquez sur « Continue ».
 - Sélectionnez la spécialité médicale puis choisissez un professionnel de santé dans la liste proposée, afin d'obtenir ses coordonnées.
 - Vous pouvez également parcourir les rubriques « Other useful resources » pour effectuer votre recherche.
- Ou rendez-Vous directement sur votre application Easy Claim.

7.2 Assistance rapatriement :

Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?

Il est impératif d'avoir l'*Accord préalable* de l'*Europ Assistance* pour bénéficier des garanties ci-après :

- soit en téléphonant au +33 (0)1 41 61 23 25,

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

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

CONDITIONS D'APPLICATION

L'organisation par *Vous-même* ou par votre entourage de l'une des assistances énoncées ci-dessous ne peut donner lieu à un remboursement que si Europ Assistance a été prévenu de cette procédure, a donné son accord exprès et *Vous* a communiqué un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais sont remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par Europ Assistance si celui-ci avait lui-même organisé le service.

Europ Assistance ne peut être tenu responsable des retards ou empêchements dans l'exécution de ses services en cas de grèves, émeutes, mouvements populaires, représailles, restrictions à la libre circulation des biens et des personnes, actes de terrorisme ou de sabotage, état de belligérance, de guerre civile ou étrangère déclarée ou non, désintégration du noyau atomique, émission de radiations ionisantes et autres cas fortuits ou de *Force majeure*.

7.2.1 Transport médical, rapatriement sanitaire

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

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

La destination du rapatriement est :

- Soit le centre hospitalier le mieux adapté,
- Soit le centre hospitalier le plus proche de votre domicile dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre *Pays d'origine* si différent) ou de votre lieu de résidence dans votre *Pays de couve*,
- Soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre *Pays d'origine* si différent) ou dans votre *Pays de destination/d'Expatriation*.

Si *Vous* êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre *Pays de nationalité* ou de votre lieu de résidence dans votre *Pays de destination/d'Expatriation*, Europ Assistance organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre lieu de résidence dans votre *Pays de destination/d'Expatriation* ou à votre domicile dans votre *Pays de nationalité*. Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne ou l'avion sanitaire.

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

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

Europ Assistance peut *Vous* demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié.

7.2.2 Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil

En cas de décès, Europ Assistance organise et prend en charge le rapatriement de votre corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre *Pays d'origine* si différent). Europ Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport organisé par Europ Assistance sont pris en charge à concurrence de 2 000 € maximum. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif d'Europ Assistance.

7.2.3 Accompagnement du défunt

Si la présence d'un *Membre de la famille* ou d'un *Proche* s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps de l'*Assuré* décédé et les formalités de rapatriement ou d'incinération, Europ Assistance met à disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe. Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si l'*Assuré* était seul sur place au moment de son décès.

7.2.4 Traduction de documents légaux et administratifs

Lorsque *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, Europ Assistance organise et prend en charge les services de traduction des dits documents vers votre langue maternelle. La prise en charge d'Europ Assistance ne peut excéder 500 € *par Année d'assurance*. Europ Assistance ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'une mauvaise traduction ou d'une incompréhension de votre part.

7.2.5 Présence d'un membre de votre famille en cas d'Hospitalisation supérieure à 6 jours

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à 6 jours consécutifs, Europ Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour se rendre sur place. Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* en âge de majorité juridique. Europ Assistance organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) pendant 10 nuits maximum à raison de 80 € par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

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

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

Cette prestation est acquise lorsque la date de décès ou de l'hospitalisation est postérieure à votre date de départ à l'*Étranger*. Europ Assistance se réserve le droit de vérifier la réalité de l'événement garanti (bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...), préalablement à toute intervention de ses services.

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

7.2.7 Retour anticipé au domicile sinistré

Si Vous êtes en déplacement et si votre présence est indispensable sur les lieux pour accomplir les formalités nécessaires, Europ Assistance organise votre transport et celui des éventuels enfants mineurs ne pouvant bénéficier d'une garde sur place, jusqu'au *Domicile sinistré*. Europ Assistance prend en charge les titres de transport en avion classe économique, en train 1^{ère} classe ou en véhicule de location de catégorie A ou B pour une durée maximum de 24 heures, sous réserve que les titres de transport normalement prévus pour le retour ne puissent pas être utilisés ou modifiés. Cette garantie est accordée dans un délai de 72 heures à compter de la date de survenance ou de la date de connaissance du *Sinistre* et si Vous Vous trouviez à plus de 50 km de votre domicile.

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

Si Vous est recommandé, sur les conseils des autorités locales de votre *Pays de destination/d'Expatriation* 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 €. Cette garantie est acquise uniquement en dehors de votre *Pays de nationalité* et ne peut pas être prise en charge dans les *Pays exclus*.

7.2.9 Retour des membres de la famille assurés

En cas de rapatriement sanitaire ou de rapatriement du corps de l'*Assuré*, Europ Assistance organise le retour au domicile des membres de la famille assurés qui voyagent avec lui. Europ Assistance prend en charge un titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

7.2.10 Retour après Consolidation dans votre Pays de destination/d'Expatriation

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, Vous êtes en mesure de reprendre votre activité, Europ Assistance, après accord de son *Équipe médicale*, organise votre retour dans votre *Pays de destination/d'Expatriation* afin de reprendre la mission/le séjour interrompu(e). Europ Assistance prend en charge le titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

7.2.11 Transmission de messages urgents

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

7.2.12 Retour impossible

En cas de survenance d'un événement qualifié de *Force majeure* par les autorités publiques de votre *Pays de destination/d'Expatriation* et qui Vous empêcherait de retourner définitivement dans votre *Pays de nationalité*, Europ Assistance prend en charge vos frais supplémentaires de séjour sur place, à hauteur de 80 € par nuit (frais de restauration et d'hébergement uniquement), pour une durée maximale de 5 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 et après l'*Accord préalable* d'Europ Assistance. Tous les frais engagés sans l'*Accord préalable* d'Europ Assistance 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. En cas de survenance d'un événement de *Force majeure*, toutes les garanties du contrat sont maintenues pour 5 jours maximum à partir de la date de fin inscrite sur votre *Attestation d'assurance*.

7.2.13 Assistance voyage si perte ou vol d'effets personnels

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, Europ Assistance met tout en œuvre pour Vous aider dans vos démarches.

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

Europ Assistance peut procéder à une avance à concurrence de 1 000 € par événement afin de Vous permettre d'effectuer vos achats de première nécessité.

En cas de perte ou vol d'un titre de transport, Europ Assistance 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-même, 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.

7.2.14 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), Europ Assistance en fait la recherche en France.

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

Cette prestation est acquise pour les demandes ponctuelles. En aucun cas, elle ne peut être accordée dans le cadre de traitements de longue durée qui nécessiteraient des envois réguliers ou d'une demande de vaccin. Le coût des médicaments reste à votre charge. 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.

7.2.15 Frais de recherche et de secours

La garantie a pour objet le remboursement de vos 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, afin de Vous localiser et de Vous évacuer jusqu'au centre d'accueil adapté le plus proche, à hauteur de 5 000 € par Assuré et 15 000 € par événement.

Dans tous les cas, la garantie est limitée au montant des frais que Vous êtes tenu sur facture de rembourser en tout ou partie aux organismes officiels étant intervenus. La garantie intervient en complément des garanties dont Vous disposez par ailleurs. Vous (ou toute personne agissant en votre nom), devez aviser Europ Assistance immédiatement verbalement, au plus tard dans les 48 heures suivant l'intervention, en précisant les raisons qui la motivent.

7.2.16 Limitations de garanties

Lorsque Europ Assistance organise et prend en charge un rapatriement ou un transport, il peut Vous être demandé d'utiliser en priorité votre titre de voyage.

Lorsque Europ Assistance a assuré à ses frais votre retour, Vous devez impérativement lui remettre le titre de transport non utilisé.

7.3 Assistance psychologique

Europ Assistance met à la disposition de l'Assuré un accompagnement psychologique. Le psychologue clinicien apporte aux Assurés, dans la plus parfaite confidentialité, un soutien médico-psychologique qui leur permettra de se confier et de clarifier la situation à laquelle ils sont confrontés. Il les aidera à identifier, évaluer et mobiliser leurs 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'Europ Assistance 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 d'Europ Assistance 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 si nécessaire 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, Europ Assistance 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.

7.4 Assistance juridique

7.4.1 Frais d'avocat à l'étranger

À la suite d'une infraction involontaire aux lois et règlements en vigueur commise dans votre *Pays de destination/d'Expatriation*, et pour tout acte non qualifié de crime, Europ Assistance intervient, sur demande écrite, si une action est engagée contre Vous. Cette garantie ne s'applique pas pour les faits en relation avec votre activité professionnelle. Europ Assistance prend en charge les frais d'avocat sur place à concurrence de 3 000 € maximum par événement.

7.4.2 Avance de caution pénale à l'étranger

À l'*Étranger*, Europ Assistance procède à l'avance de la caution pénale exigée par les autorités pour votre libération ou pour Vous permettre d'éviter votre incarcération.

Cette avance est effectuée par l'intermédiaire d'un homme de loi sur place à hauteur de 15 000 € maximum par événement. Vous êtes tenu de rembourser cette avance à Europ Assistance :

- Dès restitution de la caution en cas de non-lieu ou d'acquittement ;

- Dans les 15 jours de la décision judiciaire devenue exécutoire en cas de condamnation ;
- Dans tous les cas, dans un délai de 3 mois à compter de la date de versement.

7.5 Responsabilité civile vie privée

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur garantit les conséquences pécuniaires de la *Responsabilité civile* que Vous pouvez encourir en vertu des lois et règlements en vigueur dans le pays où Vous séjournez dans le cadre de votre vie privée. La garantie s'exerce en cas de *Dommages corporels et matériels* que Vous causez à autrui et provenant notamment :

- De votre propre fait ou du fait des personnes dont Vous répondez ;
- Des choses et animaux dont Vous êtes propriétaire ou gardien ;
- De la pratique de tous sports et activités de plein air (sauf *Exclusions* détaillées au paragraphe 8) ;
- De la responsabilité encourue lors de la participation à des stages d'entreprise à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés au matériel utilisé à l'occasion du stage ;
- De la location d'un appartement,
 - En cas de *Dommages* causés aux appartements voisins du vôtre,
 - En cas de *Dommages corporels ou matériels* causés à vos invités.

Cette garantie ne se substitue en aucun cas à une assurance habitation et ne Vous dispense pas des obligations d'assurances locales.

PLAFONDS DE LA GARANTIE

- *Dommages corporels* : 4 500 000 € par *Sinistre*.
- *Dommages matériels et immatériels* consécutifs causés aux tiers : 450 000 € par *Année d'assurance*, les *Dommages immatériels* étant compris dans la somme assurée à concurrence de 20% soit 90 000 €. *Franchise* absolue de 75 € par *Sinistre*.
- *Dommages matériels* causés pendant le stage : 12 000 € par *Année d'assurance*. *Franchise* absolue de 75 € 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.

Veuillez écrire à : France.DeclarationsRC@Chubb.com

7.6 Individuelle Accident

7.6.1 En cas de décès Accidentel

L'assureur verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital dont le montant est fixé à 10 000 €. Il est précisé que si l'*Assuré* est âgé de moins de 16 ans à la date du décès, le montant du capital est en tout état de cause limité au montant des frais d'obsèques.

La garantie s'applique au décès de l'*Assuré* survenant un an au plus après l'*Accident* ayant entraîné des blessures ou lésions mortelles.

Toutefois, si l'*Assuré* décède après avoir reçu de l'assureur pour le même Accident une Indemnité pour Invalidité permanente, les Bénéficiaires recevront le capital stipulé en cas de décès, diminué du montant de cette Indemnité.

Attribution des prestations

Si l'*Assuré* décède, le capital est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* indiqué(s) sur la *Demande d'adhésion*, ou à ceux que Vous avez désigné(s) ultérieurement. Vous pouvez modifier la clause de désignation lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation de cette dernière par le *Bénéficiaire* qui la rend irrévocable. La désignation de *Bénéficiaire* peut en outre être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le *Bénéficiaire* est nommément désigné, Vous pouvez porter au contrat les coordonnées de ce dernier. À défaut de désignation de *Bénéficiaire* ou si la désignation s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées à votre *Conjoint* survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital garanti ou cosignataire avec Vous d'un *Pacte Civil de Solidarité*, à défaut à vos enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à vos ascendants par parts égales, à défaut à vos autres héritiers. Si l'*Assuré* décède et que l'*Assuré* est âgé de 16 à 18 ans, le capital garanti revient à ses parents par parts égales entre eux et à défaut à ses autres héritiers.

Comment bénéficier de la garantie ?

Le décès doit être déclaré, en adressant à l'assureur les pièces justificatives nécessaires au règlement via la plateforme <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx> notamment :

- Un extrait de l'acte de décès ;
- Un extrait de l'acte de naissance ;
- Un certificat médical indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou Accidentelle ;
- Tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille ;
- Tout document précisant la cause et les circonstances de l'*Accident* ayant entraîné le décès ;
- Un certificat d'admission (délivré par l'*Hôpital*) ;
- La preuve, par tout document, de l'*Accident* et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès.

Le règlement est effectué entre les mains du *Bénéficiaire* désigné dans les vingt jours suivant la remise des pièces. S'il y a pluralité de *Bénéficiaires*, le paiement du capital est indivisible à l'égard de l'assureur qui règle sur quittance signée Conjointement par les intéressés.

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

À réception de l'entier dossier et si l'indemnisation est due, *Nous* procéderons au règlement du capital dans un délai de trente (30) jours.

À défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la législation en vigueur.

Lorsque l'indemnisation est due, le capital garanti en cas de décès de l'*Assuré* est revalorisé à compter de la date du décès et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des Dépôts et Consignations, selon un taux déterminé par décret.

En cas d'impossibilité d'identifier ou de retrouver le ou les *Bénéficiaire(s)* du contrat dans le délai de dix (10) ans à compter de la connaissance du décès, l'assureur sera dans l'obligation de verser le capital dû auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Les sommes déposées à la CDC qui ne seront pas réclamées, seront acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt (20) ans à compter de la date de leur dépôt à la CDC.

7.6.2 En cas de d'*Invalidité* permanente totale ou partielle consécutive à un *Accident*

En cas d'*Invalidité* permanente totale, soit un taux d'*Invalidité* égal à 100%, l'assureur *Vous* verse un capital **dont le montant est fixé à 40 000 €**.

En cas d'*Invalidité* permanente partielle, le montant du capital est réductible en fonction du taux d'*Invalidité* reconnu.

Le taux d'*Invalidité* est fixé par le Médecin Conseil de l'organisme assureur après *Consolidation* des blessures.

- Si le taux d'*Invalidité* permanente partielle est inférieur ou égal à 20%, aucune Indemnité n'est due.
- Si le taux d'*Invalidité* permanente partielle est supérieur à 20%, l'*Indemnité* sera égale à 40 000 €, multipliés par le taux d'*Invalidité* reconnu.

Si *Vous* êtes atteint d'une *Invalidité* antérieure à la survenance de l'*Accident* garanti, il n'est pas tenu compte des lésions dues à cette *Invalidité*. Toutefois, dans le cas où le membre ou organe déjà infirme est atteint par d'autres lésions, l'indemnisation porte sur la différence entre l'état du membre avant et après l'*Accident*. Si *Vous* n'avez pas suivi le traitement qui *Vous* a été prescrit, l'*Indemnité* est estimée d'après les conséquences qu'auraient eues ce même *Accident* si *Vous* aviez suivi le traitement imposé.

Comment bénéficier de la garantie ?

Vous devez déclarer l'*Accident* à l'assureur, depuis le site <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>, dans un délai de 30 jours à compter de sa connaissance, sauf cas fortuit ou de *Force majeure*. La déclaration doit comporter toutes les précisions sur la gravité, les causes et les circonstances de l'*Accident* et *Vous* devez notamment :

- Transmettre tout document prouvant votre identité et votre situation de famille ;
- Faire parvenir un certificat du médecin appelé à donner les premiers soins et décrivant la nature exacte de votre état actuel, des lésions et de leurs conséquences ;
- Transmettre tout document nécessaire pour établir la matérialité et l'importance de l'*Accident* ;
- *Vous* soumettre à l'examen du médecin de l'assureur.

7.7 Assurance bagages et effets personnels :

7.7.1 Perte, vol et destruction de bagages

Cette garantie couvre **à concurrence de 1 600 €** tous vos *Bagages*, objets et effets personnels *Vous* appartenant ou que *Vous* avez loués contre les risques de :

- perte de *Bagages* pendant l'acheminement par une entreprise de transport,
- vol de vos *Bagages*, objets et effets personnels pendant le trajet aller-retour ainsi que pendant toute la durée du séjour,
- destruction totale ou partielle ou détérioration de vos *Bagages*, objets et effets personnels suite à un phénomène catastrophique tel qu'un incendie, une inondation, un effondrement ou un acte de terrorisme, pendant le trajet aller-retour ainsi que pendant toute la durée du séjour.

En cas de perte, vol ou destruction de *Bagages* enregistrés par un transporteur, l'assureur n'interviendra qu'après déclaration en bonne et due forme effectuée auprès du transporteur et sous déduction de l'indemnité que celui-ci versera au titre de sa responsabilité. En ce qui concerne la disparition des *Bagages* et de leur contenu laissés sous la responsabilité d'un hôtelier, l'assureur interviendra sous déduction de l'indemnité versée par le dépositaire ou son assureur au titre de sa responsabilité.

Les Objets de valeur sont indemnisés dans la limite de 50% de la valeur garantie, soit 800 € maximum.

On entend par bagages, vos sacs de voyage, vos valises ainsi que vos effets ou objets personnels qu'ils contiennent. Sont assimilés aux objets personnels, les objets de valeur dont le prix est supérieur ou égal à 500 € ainsi que les bijoux (les perles fines et de culture, les pierres précieuses et les pierres dures) et les fourrures *Vous* appartenant. Sont assimilés aux bagages, les ordinateurs portables, les agendas électroniques, les matériels audio-visuels, les appareils photos, les appareils vidéo ou HIFI, *Vous* appartenant.

Comment bénéficier de la garantie ?

Vous devez déclarer le *Sinistre* 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.

7.7.2 Retard de bagages

Si vos bagages, enregistrés et placés sous la responsabilité de la compagnie aérienne, ne Vous sont pas remis 24 heures après votre arrivée à destination de votre vol régulier, l'assureur Vous indemnise à concurrence de 200 € des frais engagés pour Vous procurer des achats d'urgence et de première nécessité.

7.7.3 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 la demande de mise en opposition de la Carte SIM par l'Assuré et dans les Quarante-Huit (48) Heures qui suivent la date et l'heure du vol.

7.7.4 Cas particuliers des téléphones portables, smartphones et tablettes personnels

L'assureur rembourse l'Assuré à concurrence de Cinq Cent Euros (500 €) par Evènement les téléphones portables, smartphones ou tablettes volés suite à Agression ou à l'arrachée hors de votre Pays de nationalité, sur présentation de justificatifs.

Calcul de la vétusté :

- Vingt Pour-Cent (20%) pendant la première année (à partir du 1er 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.

7.8 Incidents de voyage

La garantie « Incidents de Voyage » est accordée à l'Assuré si le voyage est fait à bord d'un avion effectuant un vol régulier et exploité par un transporteur aérien.

Le transporteur aérien doit posséder les certificats, licences ou autorisations nécessaires pour le transport aérien régulier, émis par les autorités compétentes, dans le pays où l'avion est immatriculé.

En accord avec cette autorisation, il établit et publie des itinéraires et des tarifs, à l'usage des passagers, entre les aéroports dénommés selon des horaires réguliers.

Les heures de départ, les correspondances et les destinations sont celles figurant sur le titre de transport.

Limite d'engagement : le montant des indemnisations fixé, ci-après, sur les garanties relevant des « Incidents de Voyage » est un maximum remboursable en cas d'Evènement touchant concomitamment l'Assuré, son Conjoint et ses Enfants à charge accompagnant.

7.8.1 Report de départ

Vous êtes garanti pour le remboursement des pénalités appliquées par les compagnies aériennes en cas de report de votre date de départ vers votre Pays de destination ou de retour définitif vers votre Pays de nationalité.

La garantie s'exerce :

- En cas de date d'examen modifiée et attestée impérativement par un document officiel, à caractère imprévisible et non reportable, pour une date se situant pendant le voyage ou après la date fixée de retour dans votre Pays de nationalité, sous réserve que la convocation n'ait pas été connue au jour de l'adhésion au présent contrat ;
- En cas de convocation à un examen de rattrapage pour une date se situant pendant la durée du voyage, sous réserve que l'échec à l'examen n'ait pas été connu le jour de l'achat du billet d'avion.

La garantie s'exerce à concurrence de 100 € maximum par Assuré et par Année d'assurance.

Comment bénéficier de la garantie ?

Vous devez aviser l'assureur depuis le site <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx> dans les 5 jours ouvrables suivant la date de survenance de l'évènement garanti. Votre déclaration doit comporter les informations suivantes:

- Vos nom, prénoms et adresse ;
- Le motif précis du report de la date de départ ou de retour ;
- Le document officiel reprenant les dates des examens prévus et annulés ainsi que les nouvelles dates de convocation ;
- L'original de la facture faisant apparaître le montant des pénalités de retard.

Toute annulation non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

7.8.2 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 **Quatre (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 **Six (6) Heures**.

L'Assuré est indemnisé à concurrence de **Trois Cents Euros (300 €)** 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.**

7.8.3 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 Trois Cents Euros (300 €).

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

7.9 Interruption de séjour

7.9.1 Remboursement des frais de séjour

Cette garantie a pour objet le remboursement au prorata temporis des frais de séjour déjà réglés, non utilisés et non remboursables (transport non compris), tels que les frais d'hébergement ou autres prestations réservées et prévues durant le voyage, en cas de retour anticipé suite à rapatriement médical de l'Assuré dans son *Pays de nationalité* organisé par Europ Assistance.

Le montant maximum de l'indemnité journalière s'élève à 250 € par jour, avec un plafond global de 5 000 € *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.

7.9.2 Remboursement des frais de scolarité

Cette garantie a pour objet le remboursement au prorata temporis des frais de scolarité en cas de retour anticipé suite à rapatriement médical de l'Assuré dans son *Pays de nationalité* organisé par Europ Assistance.

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

Pour le remboursement des Frais de scolarité, seront pris en compte les Frais de scolarité déjà réglés, non remboursés et pour la période de la scolarité restant à effectuer à compter du jour suivant l'événement entraînant votre retour anticipé.

8. Ce qui est exclu de votre contrat

8.1 Exclusions communes à toutes les garanties :

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.

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

- › Des faits intentionnels de l'*Adhérent* ou de l'Assuré, et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'Assuré ;
- › De la 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) ;
- › Du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie (les soins, traitements et toutes les conséquences résultantes, soit d'une tentative de suicide, soit de blessures ou *Maladies* auto-infligées, soit de l'usage de stupéfiants hors prescription médicale) ;
- › De l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- › De l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre* dans le pays de survenance) ;
- › Des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- › Des *Accidents* ou des *Maladies préexistantes* antérieurs à la *Date d'effet* du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des *Maladies* ou malformations congénitales ;
- › De l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.
- › De la pratique de la chasse ;
- › Des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'Assuré a la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- › De la participation à toutes compétitions sportives et entraînements à ces compétitions, ainsi que de toute pratique de sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
- › De la participation à des cursus et programmes d'études sportifs ;
- › De la pratique de sport à titre professionnel – Cette exclusion ne concerne pas les enseignants et coachs sportifs. Néanmoins, leur participation à une compétition sportive ne sera pas couverte. L'exclusion sur les sports extrêmes s'applique également ;

8.2 Exclusions de la garantie Frais de Santé

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.1 ci-avant, sont exclus de la garantie frais de santé ainsi que leurs suites et conséquences :

- > Les frais engagés avant la période d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties ;
- > Toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la *Date d'effet* du contrat ou pendant le *Délai d'attente* ;
- > Toute dépense non médicalement nécessaire ;
- > Les pathologies préexistantes : toute *Maladie*, *Affection* ou blessure, ou *Symptômes* liés à celles-ci, qui se sont manifesté(e)s avant la date d'adhésion au contrat, dont l'Assuré a eu connaissance, ou aurait raisonnablement pu avoir connaissance ;
- > Toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée.
- > Les traitements d'ordre médical ou chirurgical dispensés par un *Auxiliaire Médical* sauf actes d'infirmiers et de kinésithérapeutes suite à *Hospitalisation* prise en charge par APRIL International
- > Praticiens, thérapeutes, cliniques, hôpitaux, centres médicaux non reconnue :
 - comme disposant d'une compétence particulière pour le traitement de l'*Accident* ou de la *Maladie* concerné(e) par les autorités en vigueur dans le pays où le traitement a lieu, ou
 - comme correctement qualifiés, compétents ou autorisés à prescrire un traitement par notre Médecin conseil et qui en ont été informés par écrit par celui-ci ;
- > Les soins nécessitant un *Accord préalable*, dispensés sans *Accord préalable* ;
- > Les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'Assuré ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- > Les traitements et les frais qui auraient pu être effectués au retour de l'Assuré dans son *Pays de nationalité* ;
- > Les frais de soins pré et postnataux lorsque la garantie *Maternité* n'est pas applicable ;
- > Tous les dispositifs, opérations et traitements visant à prévenir la naissance : stérilisation, vasectomie, interruption de grossesse (sauf s'il y a une menace pour la santé de la mère), consultations de planning familial ;
- > Tout traitement lié à la stérilité, à la fertilité, à la contraception ou à la chirurgie fœtale, c'est-à-dire le traitement ou la chirurgie mise en œuvre dans l'utérus avant la naissance, sauf s'il s'agit du résultat de complications déclarées pendant la grossesse ;
- > Les frais de gestation pour autrui (GPA), à savoir tous traitements directement liés au recours de mères porteuses (gestation pour autrui), que l'Assuré soit la mère porteuse ou le parent d'accueil ;
- > Les frais de traitements de l'infertilité (et notamment la procréation médicalement assistée) ;
- > En cas d'*Hospitalisation*, les frais accessoires n'ayant pas une vocation médicale directe tels que les frais de téléphone, de télévision, d'accès internet, les journaux, les frais de taxi, les repas fournis aux visiteurs... ;
- > Les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu de la localité dans laquelle ils ont été engagés. Ne sont donc ainsi pris en charge et remboursés au titre du contrat que les *Coûts usuels et raisonnables*, à savoir les frais médicaux raisonnables et généralement facturés dans le pays concerné pour le traitement spécifique reçu, conformément aux procédures médicales standards et généralement reconnues ;
- > Les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la *Maladie* ou de l'*Accident* ;
- > Les frais de transport autres qu'en ambulance ou véhicule sanitaire terrestre jusqu'au centre de soins approprié le plus proche si l'*Hospitalisation* n'est pas prise en charge ;
- > Les médecines douces ou alternatives ;
- > Les soins, examens et traitements de la peau (hors traitements du cancer) ;
- > Au titre du poste pharmacie, les produits qui ne seraient pas reconnus comme médicaments, tels que les crèmes solaires, les produits de maquillage, la parapharmacie, les soins et produits cosmétiques, les produits d'hygiène, les crèmes solaires et/ou hydratantes, les produits de maquillage, les traitements de confort, les vitamines et minéraux, les compléments alimentaires, les produits diététiques, les aliments pour bébé, les eaux minérales ;
- > Les thermomètres et tensiomètres ;
- > Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- > Les frais de traitement cosmétique, esthétique ou de reconstruction, visant à améliorer ou transformer l'apparence – même pour des raisons psychologiques – sauf si ce traitement est lié au rétablissement d'un aspect physique ou d'une fonction faisant suite à un *Accident* défigurant ou à la suite d'une intervention chirurgicale liée au traitement d'un cancer, intervenus durant la période de couverture d'assurance ;
- > Tous les bilans, tests et traitements liés à l'obésité / l'anorexie, ou nécessaires en raison de l'obésité ou de l'anorexie incluant notamment les cours et frais de cure d'amaigrissement / d'engraissement ou du trouble alimentaire, les aides et prescriptions médicamenteuses contre l'obésité / l'anorexie.
- > Tous les dispositifs, opérations et traitements concernant les dysfonctionnements sexuels (déficiences sexuelles, tels que l'impuissance, quelle qu'en soit la cause) ou les troubles liés au genre (troubles liés au changement de sexe ou de réaffectation de genre) ;
- > Tous les types de soins, traitements, bilans et consultations pour des *Maladies* ou troubles psychiques ou mentaux (hors séjours en établissement psychiatrique et hors consultations de Psychiatres, si couverts au titre de l'adhésion au contrat et dans la limite du nombre de jours/sessions prévus) ou troubles du comportement (chapitre V de la Classification Internationale des *Maladies* version 10 de l'OMS). Les séjours en établissement psychiatrique et consultations de Psychiatres, sont couverts au titre du contrat dans la limite du nombre de jours/sessions prévus au tableau des garanties ;
- > Toutes consultations de psychologie, psychothérapie et/ou de psychanalyse avec un thérapeute ou conseiller familial (même si ces consultations sont effectuées par un psychiatre) ;
- > L'ergothérapie, la logopédie, les frais de psychomotricité et le traitement des troubles psychomoteurs ;
- > Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans l'hyperactivité ;
- > D'un usage nocif, dangereux ou addictif de l'alcool, des stupéfiants et/ou des médicaments ainsi que tous traitements découlant d'un usage nocif, dangereux ou addictif de ces substances ;

- > Les traitements et séjours en centres de cure, centres de remise en forme, établissements de convalescence ou maisons de repos, spas et stations thermales... et autres institutions semblables qui ne sont pas reconnues comme des Hôpitaux ;
- > Les frais de vaccination ;
- > Les soins des pieds par un pédicure ou podologue, tels que : traitements pour cors / durillons, ongles épais et/ou difformes, sauf en cas de nécessité médicale validée par le *Médecin conseil* de l'assureur ;
- > L'opération ou l'extraction des dents de sagesse ;
- > Tout soin dentaire ne présentant pas un caractère d'urgence tel que : examens dentaires de routine, détartrages, les caries/cavités, les soins de reconstruction, les couronnes et/ou réparation de couronnes ou tout autre traitement non nécessaire au soulagement de la douleur ;
- > La chirurgie au laser des yeux (y compris la correction de la myopie) et le traitement de la cataracte ;
- > Les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes ;
- > Les centres hospitaliers et structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours ;
- > Les soins prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un Médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical ;
- > Les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins ;
- > Les médicaments non prescrits et les médicaments non génériques, lorsqu'un équivalent générique existe ;
- > Les frais jugés non nécessaires et/ou inappropriés par le Médecin conseil de l'assureur ;
- > Les coûts d'une *Hospitalisation* en chambre de luxe, chambre VIP et autres suites ;
- > Les traitements ou médicaments expérimentaux, à savoir toutes formes de traitements ou de médicaments ne sont pas reconnus conventionnels ou dont l'efficacité n'a pas été prouvée ;
- > Toute dépense engendrée directement ou indirectement par une erreur du médecin prescripteur ;
- > Tous frais d'évacuation ;
- > Les troubles du sommeil, y compris l'insomnie sauf s'il est déclaré que l'assuré souffre d'apnée du sommeil sévère ;
- > Les frais de psychomotricité ;
- > Les traitements préventifs ;
- > Toute *Hospitalisation* programmée, au moment de l'adhésion, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- > Les frais pour lesquels la demande d'*Accord préalable* n'a pas été faite ou a été refusée par l'assureur ;
- > Les honoraires de médecin dans un but uniquement administratif (par exemple dans l'obtention d'un visa, pour compléter un *Formulaire de remboursement*, etc.) ;
- > Les admissions non médicales ou séjours hospitaliers qui incluent :
 - soit un traitement qui pourrait avoir lieu en journée ou en ambulatoire,
 - soit un traitement non médicalement justifié après avis du Médecin conseil de l'assureur,
 - soit une convalescence.
- > 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, ou a manifesté un mépris flagrant vis-à-vis de sa propre sécurité.

Ainsi que les conséquences :

- > D'une contamination chimique, des explosions ou des *Maladies* déclarées épidémiques (sauf Covid19) et placées sous contrôle des autorités de santé publiques et de n'importe quel autre conflit ou désastre, si l'Assuré s'est mis en danger en entrant dans une zone de conflit reconnue par le Gouvernement de son *Pays de nationalité*, a activement participé au conflit ou a manifesté un mépris flagrant vis-à-vis de sa propre sécurité.

En outre, il est rappelé que les garanties *Maternité* présentées au tableau des garanties restent accordées uniquement aux Etats-Unis à l'exclusion de tout autre pays et uniquement aux *Assurés* ayant adhéré à MyStudies Cover ou s'expatriant dans le cadre d'un Programme Vacances-Travail sauf pour la destination Canada.

En cas de choix de d'une couverture en complément d'un régime de base, est également exclue toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties).

8.3 Exclusions de la garantie Assistance rapatriement

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.1, ne sont pas garantis au titre de la garantie assistance rapatriement les frais résultants des faits ou événements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit, et ne pourront donner lieu à l'intervention d'Europ Assistance) :

- > Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- > Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement ;
- > Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- > Les *Maladies* préexistantes antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- > Les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;

- > Les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récidives) d'une affection 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 concernant les nouveau-nés, les interruptions volontaires de grossesse ;
- > L'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
- > Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- > Les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- > Les *Maladies* ou malformations congénitales ;
- > Les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- > Les conséquences de la participation à un pari, un défi, un duel ou un crime ;
- > les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique des activités sportives ;
- > Les frais de séjour sauf ceux ayant fait l'objet d'un *Accord préalable* du service assistance ;
- > Les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;
- > Les frais non justifiés par des documents originaux ;
- > Tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.
- > Les suites et conséquences d'une guerre civile ou étrangère survenues sur le territoire Français ;
- > Les suites et conséquences d'une guerre civile ou étrangère dans le Pays de destination. En cas de survenance d'une guerre civile ou étrangère postérieurement à la Date d'effet des garanties, celles-ci restent acquises pour une durée maximale de quatorze (14) jours à compter du début de la guerre civile ou étrangère.

Ne sont pas pris en charge :

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

Au titre de la garantie assistance retour impossible, ne sont pas pris en charge :

- > Les frais engendrés sans l'*Accord préalable* d'Europ Assistance ;
- > Les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement de *Force majeure* telle que définie au paragraphe 1 et constaté par les autorités publiques compétentes.

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.

8.4 Exclusions de la garantie Assurance Bagages et Effets Personnels :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.1, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :

- > Les espèces, papiers personnels, documents commerciaux, documents administratifs, chèques de voyage, cartes de crédit, billets d'avion, titres de transport et « vouchers » ;
- > Les *Accidents* de fumeurs ainsi que les dommages causés aux objets tombés ou jetés dans un foyer et les brûlures occasionnées par un excès de chaleur sans embrasement ;
- > Les dommages causés aux appareils électriques et résultants de leur seul fonctionnement, ainsi que ceux provenant du vice propre de l'objet ;
- > Les dommages résultant de la confiscation ou de la détention par la douane ou autres autorités publiques, des biens garantis ;
- > Le bris ou la casse d'objets fragiles ou de nature cassante, tels que montres, appareils photographiques, lunettes et matériels informatiques ;
- > Les détériorations dues à l'usure ;
- > Les vols commis par les membres de la famille de l'Assuré visés à l'Article 380 du Code pénal français ou avec leur complicité ou par ses domestiques et autres préposés dans l'exercice de leurs fonctions ;
- > Les vols commis dans les circonstances suivantes :
 - a. dans le cas de bagages enregistrés, si le mauvais conditionnement ou la défectuosité de l'emballage ont facilité le vol ;
 - b. lorsque les objets sont laissés sans surveillance dans un lieu public ou dans un local mis à la disposition commune de plusieurs occupants ;
 - c. lorsque les objets se trouvent :
 - Dans un véhicule décapotable ;
 - Dans un véhicule dont les glaces ne sont pas fermées ;
 - Dans un véhicule dont les portières ou le coffre ne sont pas fermés à clé ;
 - Dans un véhicule automobile entre 22 heures et 7 heures du matin hors d'un garage public ou privé, à l'exception des objets situés dans les soutes ou coffres des autobus et autocars ;
- > Le vol au domicile sans effraction dûment constatée et verbalisée par une autorité (police, gendarmerie, compagnie de transport, commissaire de bord...).

8.5 Exclusions de la garantie Responsabilité civile vie privée :

- › Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.1 ci-dessus, sont exclus de la garantie :
- › les dommages résultant de toute activité professionnelle (sauf pour les dommages au matériel utilisé à l'occasion de stage en entreprise) ;
- › les conséquences pécuniaires de la responsabilité contractuelle que l'Assuré encourt, en dehors de la responsabilité encourue à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés au matériel utilisé à l'occasion dudit stage ;
- › les risques de circulation définis par les lois françaises n°58208 du 27 février 1958 et n° 85.677 du 5 juillet 1985 relatives à l'assurance obligatoire des véhicules à moteur ;
- › Des Accidents de circulation en véhicule à deux roues si l'Assuré ne portait pas de casque ;
- › les Accidents subis par l'Assuré, ses salariés ou préposés pendant ses/leurs fonctions ainsi que par ses ascendants et descendants ;
- › les dommages causés aux objets et animaux appartenant à l'Assuré ou lui ayant été prêtés ;
- › les amendes et frais afférents pouvant incomber à l'Assuré ;
- › les dommages consécutifs à l'usage de l'Assuré de tout appareil de navigation aérienne ;
- › les dommages résultant de la pollution ;
- › les écaillures, ébréchures et éraflures aux appareils sanitaires, ainsi que les bris de vaisselles et les dommages causés à la literie.

9. Dispositions générales

9.1 Qui assure votre contrat ?

Il a été conclu par l'Association des Assurés APRIL (Association loi 1901, située 12 rue Juliette Récamier – CS 23333, 69452 LYON Cedex 06, France), qui a pour objet d'étudier, de souscrire et de promouvoir tout type de contrat d'assurance au profit de ses Adhérents, de créer un esprit de solidarité 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 219/636815, 219/636816, 219/636817, 219/636818) société anonyme au capital de 413 036 043 € (entièrement versé), immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 340 427 616 (code APE : 6511Z), située 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE ;

› pour la garantie assistance rapatriement, Responsabilité civile vie privée, stage et locative, individuelle Accident, assurance bagages, incident et interruption de séjour :

Des conventions d'assistance de groupe à adhésion facultative avec Chubb European Group SE (conventions n° FRBOTA40912, FRBOTA41180), 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, France, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

9.2 Cadre légal :

L'autorité chargée du contrôle des assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09, France.

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

L'adhésion au contrat MyStudies Cover ou MyTravel Cover 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 :

En application de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas 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 le souscripteur en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré ou du souscripteur 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 le souscripteur ou a été indemnisé par ce dernier.

En application de l'article L114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestations ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par l'assureur au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la Cotisation et par le souscripteur à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;

- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

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

9.4 Subrogation :

Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L121-12 du Code des assurances français relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

Si Vous êtes victime d'un *Accident* 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 la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, l'assuré doit avertir l'assureur dans les 3 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

L'assureur se réserve également la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales effectués par un professionnel de santé indépendant choisi par l'assureur dont les honoraires sont à sa charge. Lors de ces contrôles ou expertises, l'Assuré pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de santé de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

Si l'Assuré refuse de transmettre les justificatifs réclamés ou de se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

L'Assuré qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'Assuré devra adresser au médecin conseil de l'assureur, dans les 30 jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés. Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportées à parts égales par les deux parties.

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.expat@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.

Si Vous souhaitez renoncer à votre adhésion, Vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à APRIL International – Service Courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCE

RENONCIATION

Article L.112-9 du Code des assurances français

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

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

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

Nom du contrat : **MyStudies Cover / MyTravel Cover Réf. Mtc Cov 2026**

Date de signature de la Demande d'adhésion :

Nom de l'Adhérent :

Prénom de l'Adhérent :

Adresse de l'Adhérent :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone :

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone :

Date et signature de l'Adhérent :

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



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 Assemblée Générale Ordinaire 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.

Pour nos opérations de gestion, nos frais sont, les suivants :

- Pour un avenant: **10 €**
- Pour un rejet de prélèvement bancaire: **10 €**
- Pour le relevé des prestations avec le paiement mensuel par virement automatique: **0 €**
- Pour la réouverture d'un contrat après radiation: **10 €**
- Pour une mise en demeure pour non paiement: **25 €**
- Pour le relevé des prestations avec le paiement par chèque: **0,76 €/chèque**

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace Assuré APRIL.



12 rue Juliette Récamier - CS15555
69452 LYON CEDEX 06

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance co-conçu et assuré par Seyna.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE