



NedExpat

Conditions générales

Réf : Ne 2026RO
Mise à jour : Septembre 2025



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

Sommaire

1. Définitions.....	p.3
2. Garanties et territorialité de votre contrat.....	p.4
2.1. Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ?.....	p.4
2.2. Où êtes-Vous couvert ?.....	p.4
3. Qui peut bénéficier du contrat?.....	p.4
4. Date d'effet, durée et renonciation au contrat.....	p.5
4.1. Quand débute votre contrat?.....	p.5
4.2. Les Délais d'attente applicables à votre contrat.....	p.5
4.3. Durée de couverture et renouvellement de votre contrat.....	p.5
4.4. Les garanties de votre contrat cessent.....	p.6
4.5. Comment renoncer à votre contrat?.....	p.6
5. Cotisations.....	p.7
5.1. Comment est déterminé le montant de votre Cotisation?.....	p.7
5.2. Les modes de paiement.....	p.7
5.3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre Cotisation?.....	p.7
6. Évolution de votre contrat.....	p.7
6.1. Comment modifier votre contrat?.....	p.7
6.2. Quelles informations devez-Vous porter à notre connaissance?.....	p.8
7. Ce que couvre votre contrat et comment en bénéficier?.....	p.8
7.1. Nature et montant des remboursements.....	p.8
7.2. Soutien psychologique.....	p.13
7.3. Règlement des prestations.....	p.13
8. Ce qui est exclu de votre contrat.....	p.14
8.1. Exclusions spécifiques à la formule Hospitalisation.....	p.14
8.2. Exclusions spécifiques à la formule Intégrale.....	p.14
9. Dispositions générales.....	p.14
9.1. Qui assure votre contrat?.....	p.14
9.2. Cadre légal.....	p.14
9.3. Prescription.....	p.15
9.4. Subrogation.....	p.15
9.5. Réclamation – médiation.....	p.16
9.6. Loi informatique et libertés.....	p.16

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

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. En application de l'article 1353 du Code Civil français, il Vous appartient d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère à l'une des conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés APRIL auprès de l'organisme assureur Groupama Gan Vie et qui paie les *Cotisations*.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
- ASSURÉ** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties du présent contrat. C'est-à-dire Vous et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites sur l'*Attestation d'assurance*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance.
- ATTESTATION D'ASSURANCE** : document, valant Certificat d'adhésion, que Nous remettons à l'Adhérent, confirmant son adhésion au contrat NedExpat et mentionnant notamment les Assurés, la *Date d'effet*, les garanties et la formule sélectionnée. L'*Attestation d'assurance* correspond aux conditions particulières du contrat.
- AUTORITÉ MÉDICALE** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où Vous vous trouvez.
- B BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE (BRSS)** : base de remboursement obligatoire utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par des professionnels de santé. Elle diffère selon le secteur dont le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier relève. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le *Tarif forfaitaire de référence* qui correspond au prix d'un médicament générique.
- C CERTIFICAT DE RADIATION** : document valant attestation de fin de droit, fourni par l'ancien assureur santé de l'Assuré qui mentionne notamment la date d'adhésion à la garantie et la date de résiliation, la liste des bénéficiaires ainsi que les garanties santé dont ils bénéficiaient.
- CHAMBRE PARTICULIÈRE** : prestation proposée par les établissements de santé permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement comme, par exemple, dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.
- Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une *Hospitalisation* ambulatoire.
- Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services. Le niveau de prise en charge est indiqué au tableau des garanties selon la formule sélectionnée.
- CONJOINT** : l'époux ou l'épouse de l'Assuré principal, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'Assuré principal bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du Sinistre. Le concubin notoire de l'Assuré principal pourra être considéré comme ayant la qualité de *Conjoint* si la justification de sa qualité est faite.
- COTISATION** : somme payée par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée sur l'*Attestation d'assurance*.
- DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas dues. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée sur l'*Attestation d'assurance*.
- DPTAM (DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE)** : terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO). En consultant un médecin adhérent à un DPTAM, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale française.
- E ENFANT À CHARGE** : votre enfant, celui de votre *Conjoint* :
- âgé de moins de 21 ans,
 - âgé de moins de 26 ans, poursuivant ses études.
- L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier...) ou accessoirement (petit travail d'appoint...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité.
- ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ** : établissement agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux, ayant conclu une convention avec un organisme de Sécurité sociale française.

- F FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** : correspond à la participation du patient aux frais liés à son *Hospitalisation*.
- FORFAIT PATIENT URGENCE** : correspond à la participation due par le patient à la suite d'un passage aux urgences non suivi d'une *Hospitalisation* en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.
- FRAIS RÉELS** : ensemble des dépenses de santé qui *Vous* sont facturées.
- FRANCHISE (Article L322-2 du Code de la Sécurité sociale)** : montant forfaitaire que la Sécurité sociale française ne rembourse pas. Cette *Franchise*, à la charge de l'Assuré, concerne les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. La *Franchise* n'est pas remboursée au titre du présent contrat.
- H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) durant lequel un lit *Vous* est attribué, suite à un *Accident*, une *Maladie inopinée* ou une *Maladie*.
- M MALADIE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente.
- MALADIE INOPINÉE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.
- MÉDECIN ADHÉRENT À UN DPTAM** : médecin adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).
- MÉDECIN NON ADHÉRENT À UN DPTAM** : médecin non adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).
- N NOUS** : APRIL International Care France.
- P PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS** : le parcours de soins coordonnés consiste à choisir et à consulter en priorité un médecin, dit médecin traitant, dans le cadre de son suivi médical, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue (hors actes chirurgicaux lourds) ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins coordonnés concerne les patients à partir de 16 ans et permet d'être remboursé sans application de pénalité.
- PARTICIPATION FORFAITAIRE LÉGALE (Article L322-2 du Code de la Sécurité sociale)** : montant forfaitaire que la Sécurité sociale française ne rembourse pas. Cette *Participation forfaitaire*, à la charge de l'Assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. Elle n'est pas remboursée au titre du présent contrat.
- PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».
- PROCHE** : vos *Conjoint*, enfants, frère, sœur, père ou mère.
- R RÉGIME OBLIGATOIRE** : le régime d'assurance maladie français auquel *Vous* êtes affilié.
- S SINISTRE** : événement, *Maladie*, *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.
- T TARIF D'AUTORITÉ (TA)** : base de remboursement du *Régime obligatoire* établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.
- TARIF DE CONVENTION (TC)** : base de remboursement du *Régime obligatoire* établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.
- TARIF FORFAITAIRE DE RÉFÉRENCE (TFR)** : c'est le prix fixé pour un médicament générique. C'est le tarif à partir duquel se fait le remboursement du générique par votre *Régime obligatoire*.
- TICKET MODÉRATEUR (TM)** : part financière restant à votre charge après le remboursement de votre *Régime obligatoire*.

2. Garanties et territorialité de votre contrat

2.1. Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit, conformément à la formule et à l'option sélectionnées, portées à l'Attestation d'assurance, le remboursement de vos frais de santé en complément du *Régime obligatoire* français auquel *Vous* êtes affilié.

2.2. Où êtes-*Vous* couvert ?

Les garanties sont acquises à l'année en France. Les garanties sont également acquises en dehors de la France dans les cas suivants lors de séjours temporaires jusqu'à 90 jours consécutifs en cas de *Maladie inopinée*, ainsi que dans votre *Pays de nationalité*, dès lors qu'il y a prise en charge par votre *Régime obligatoire*. Selon l'option sélectionnée, les consultations de psychiatres ou de psychologues à l'étranger sont également prises en charge, se reporter au paragraphe 7.2.

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 cliquant [ici](#) ou sur simple demande au +33 (0)1 56 98 30 87 ou par e-mail à neds.exp@april-international.com. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

3. Qui peut bénéficier du contrat ?

Pour être admissible à l'assurance, Vous devez :

- être de nationalité néerlandaise (en cas d'adhésion couple ou famille, Vous et/ou votre *Conjoint* devez être de nationalité néerlandaise),
- résider en France, hors de votre *Pays de nationalité*, pendant toute la durée du contrat,
- être affilié à un *Régime obligatoire* français.

Peuvent également être couverts par ce contrat les membres de votre famille (s'ils sont mentionnés sur votre *Attestation d'assurance*) tant que les conditions 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.

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

4.1. Quand débute votre contrat ?

Votre adhésion au contrat NedExpat est soumise à notre acceptation préalable.

Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties, que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion. Elle intervient au plus tôt le lendemain suivant la réception de la demande d'adhésion complétée et signée, sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*.

Cette date figure sur l'*Attestation d'assurance* mis à votre disposition via un accès sécurisé sur votre Espace Assuré.

4.2. Les *Délais d'attente* applicables à votre contrat :

Pour la formule Hospitalisation :

Un *Délai d'attente* de **3 mois** est applicable.

Durant cette période, **les garanties sont limitées à 100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française, à l'exception de la chambre privée et des frais d'accompagnement qui ne sont pas pris en charge.** Ce *Délai d'attente* est toutefois abrogeable en cas d'*Accident* ou si Vous aviez auparavant des **garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un (1) mois** sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du *Certificat de radiation* correspondant.

Pour la formule Intégrale :

Il n'y a pas de *Délai d'attente*. La prise en charge des soins dentaires, de l'orthodontie, et des prothèses dentaires « Panier libre » (hors soins et prothèses dentaires « 100% Santé ») tels que décrits dans le tableau des garanties, **est limitée à 100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française, pendant les (6) six premiers mois** après la *Date d'effet* du contrat. Cette limitation de couverture peut être abrogée si Vous justifiez avoir bénéficié de garanties **antérieures de même nature et de même niveau** à celles du contrat NedExpat **résiliées depuis moins d'un (1) mois** à compter de la *Date d'effet* du présent contrat.

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

4.3. Durée de couverture et renouvellement de votre contrat :

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

Vos garanties sont viagères dès la date d'adhésion, c'est-à-dire que l'organisme assureur ne pourra résilier votre contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe 4.4.

4.4. Les garanties de votre contrat cessent :

- a) en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée au plus tard le 31/10) ;
- b) en cas de résiliation par l'Adhérent, à tout moment, après douze (12) mois d'adhésion. Votre résiliation prendra effet un mois à compter de la date de réception de votre notification.
Elle devra être adressée à APRIL International Care France par :
 - courrier simple ou recommandé à l'adresse suivante : Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - France ;
 - via le formulaire disponible depuis votre Espace Assuré en sélectionnant le motif "Demander une résiliation" ;
 - ou par e-mail à care@april-international.com ;
- c) en cas de non-paiement des Cotisations (se reporter au paragraphe 5.3) ;
- d) en cas de dénonciation de la convention par l'Association CMUNF ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association CMUNF s'engage à en informer chaque Adhérent) ;
- e) dès que Vous cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 3) ;
- f) lorsque Vous ne résidez plus en France, sur présentation d'un document officiel en attestant ;
- g) en cas de fausse déclaration, conformément aux dispositions ci-dessous.

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

Sanctions en cas de fausse déclaration

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

Article L113-8 du Code des assurances :

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

Article L 113-9 du Code des assurances :

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

4.5. Comment renoncer à votre contrat ?

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

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

Les dispositions suivantes issues de l'article L112-9-I. du Code des assurances français s'appliquent : «Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre simple pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...)»

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

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

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter du jour de la conclusion du contrat.

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

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

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 17 ou d'adresser à APRIL International Care

France – Service Courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCE une lettre rédigée sur le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat « NedExpat » 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

5.1. Comment est déterminé le montant de votre Cotisation ?

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

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

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

En cas d'adhésion famille ou couple, c'est la tranche d'âge de l'Assuré le moins âgé (hors Enfants à charge) qui détermine le montant de la Cotisation. L'écart d'âge maximum entre l'Assuré principal et son Conjoint ne doit pas excéder 10 ans. Auquel cas, c'est la tranche d'âge de l'Assuré le plus âgé qui prévaut. La Cotisation appliquée à un parent isolé avec un enfant est la Cotisation individuelle. La Cotisation appliquée à un parent isolé avec deux enfants est la Cotisation couple. Au-delà de deux enfants, la Cotisation famille est appliquée.

La Cotisation peut évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint de chaque Assuré, de la formule, de l'option sélectionnées et de l'adhésion individuelle, couple ou famille. L'état de santé de l'Assuré ainsi que ses dépenses médicales ne sont pas pris en compte dans le calcul de sa Cotisation.

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

5.2. Les modes de paiement :

Les Cotisations sont payables d'avance en euros :

- annuellement par carte bancaire ;
OU
- annuellement ou mensuellement par prélèvement SEPA sur un compte bancaire en euro domicilié dans un des pays de la zone SEPA.

Le mode de paiement choisi par l'Adhérent figure sur sa demande d'adhésion.

5.3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre Cotisation ?

À défaut de paiement d'une Cotisation dans les 10 jours de son échéance, Nous adresserons à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, Nous résilierons de plein droit le contrat. En outre, Nous pourrions réclamer en justice le paiement des Cotisations restant dues. En cas de mise en demeure pour non-paiement, la Cotisation deviendra exigible immédiatement pour l'année entière, conformément au Code des assurances français.

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

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

les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

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

6.Évolution de votre contrat

6.1. Comment modifier votre contrat ?

L'*Adhérent* peut modifier la formule qu'il a choisie initialement (la prise d'effet se fait au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la réception de sa demande de modification et est effective pour une durée minimale de 12 mois consécutifs). Pour plus d'information, l'*Adhérent* doit contacter son conseiller en assurance auprès duquel il a souscrit son contrat.

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

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, de domicile (**par défaut les communications adressées aux dernières coordonnées connues produiront tous leurs effets**) ou de changement d'activité professionnelle.

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

Assurances cumulatives :

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

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

7.1. Nature et montant des remboursements :

Les frais de santé sont pris en charge dans la limite des *Frais réels*.

Est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé médicalement justifiées pour des actes mentionnés aux tableaux des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée et qui sont prises en charge par le *Régime obligatoire*. Nous intervenons seulement en complément de votre *Régime obligatoire* français (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties).

Pour les actes intervenant en France, les conditions requises pour la mise en œuvre des garanties sont celles définies par référence à la nomenclature générale des actes professionnels de la Sécurité sociale française.

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.

Deux formules « frais de santé » sont proposées selon le niveau de couverture souhaité : la formule Hospitalisation et la formule Intégrale. La formule Hospitalisation comprend deux options : l'Option 150 et l'Option 300. La formule Intégrale comprend trois options : l'Option 100, l'Option 150 et l'Option 300.

Les frais sont remboursés poste par poste selon l'option et la formule choisies et mentionnées sur votre *Attestation d'assurance*, conformément au tableau des garanties.

Les montants des garanties listés ci-après sont exprimés en pourcentage de la *Base de Remboursement (BR) de la Sécurité*

sociale (SS) ou en % des *Frais réels*. Ils incluent la part prise en charge par le *Régime obligatoire* français (sauf pour les plafonds Lentilles et Cures thermales pour lesquels le forfait indiqué au tableau des garanties s'ajoute aux prestations de votre *Régime obligatoire*). Les remboursements APRIL sont donc effectués sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

Pour la Formule Intégrale, le montant pris en charge varie selon que le médecin soit adhérent ou non adhérent à un *Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée* (DPTAM) comme indiqué au tableau des garanties.

Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné, par Assuré et par an, au montant indiqué au tableau des garanties pour chacune des formules, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par votre *Régime obligatoire* ou tout organisme public ou privé en France et à l'étranger (sauf pour les plafonds Lentilles et Cures thermales pour lesquels le forfait indiqué au tableau des garanties s'ajoute aux prestations de votre *Régime obligatoire*).

Formule Hospitalisation

Les montants des garanties listés ci-après sont exprimés en pourcentage de la *Base de Remboursement (BR)* de la Sécurité sociale (SS) ou en % des *Frais réels*. Ils incluent la part prise en charge par le *Régime obligatoire* français. Les remboursements APRIL sont donc effectués sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

	Formule non responsable	Formule non responsable
Désignation des actes	Hospitalisation Option 150	Hospitalisation Option 300
Hospitalisation* (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité) › Délai d'attente de 3 mois		
Hospitalisation chirurgicale et médicale (sauf chirurgie esthétique)	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Forfait journalier hospitalier	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 90 jours en établissement psychiatrique)	
Chambre particulière/privée (non prise en charge en cas d' <i>Hospitalisation</i> psychiatrique)	30 €/jour (limité à 90 jours par an) Frais de téléphone et internet inclus	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 120 jours par an) Frais de téléphone et internet pris en charge jusqu'à 25 €/jour
Frais d'accompagnement (non pris en charge en cas d' <i>Hospitalisation</i> psychiatrique)	25 €/jour (limité à 90 jours par an)	25 €/jour (limité à 120 jours par an)
Frais de transport du malade remboursés par le Régime obligatoire	100% de la BRSS (sauf cure thermale)	
Forfait médecine courante en cas d'Accident : radiologie, analyses et examens de laboratoire, actes techniques médicaux, médicaments	100% des <i>Frais réels</i> jusqu'à 50 € par acte et jusqu'à 750 € par an et par Assuré	100% des <i>Frais réels</i> jusqu'à 75 € par acte et jusqu'à 1 000 € par an et par Assuré
Attestation Tiers Payant	Oui	Oui

* Délai d'attente abrogé en cas d'Accident ou si Vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du *Certificat de radiation* correspondant. En cas d'*Hospitalisation*, prise en charge de la participation forfaitaire que le *Régime obligatoire* peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

Veuillez-vous reporter au paragraphe 4.2. pour connaître les modalités de prise en charge de vos soins durant les *Délais d'attente*.

Formule Intégrale

Les montants des garanties listés ci-après sont exprimés en pourcentage de la *Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS)* ou en % des *Frais réels*. Ils incluent la part prise en charge par le *Régime obligatoire* français. Les remboursements APRIL sont donc effectués sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale (sauf pour les plafonds Lentilles et Cures thermales pour lesquels le forfait indiqué s'ajoute aux prestations de votre *Régime obligatoire*).

		Formule responsable	Formule responsable	Formule responsable
Désignation des actes		Intégrale Option 100	Intégrale Option 150	Intégrale Option 300
Hospitalisation* (séjours en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité)				
Frais de séjour	<i>En établissement conventionné</i>	100% de la BRSS	150% de la BRSS	100% des <i>Frais réels</i>
	<i>En établissement non conventionné</i>			90% des <i>Frais réels</i> (au minimum 100% de la BRSS)
Forfait journalier hospitalier		100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Honoraires médicaux	<i>Médecins DPTAM</i>	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
	<i>Médecins non DPTAM</i>	100% de la BRSS	130% de la BRSS	200% de la BRSS
Chambre particulière/privée		–	30 €/jour (limité à 90 jours/an) Frais de téléphone et internet inclus	100% des <i>Frais réels</i> (limité à 120 jours/an) Frais de téléphone et internet pris en charge jusqu'à 25 €/jour
Frais d'accompagnement		–	25 €/jour (limité à 90 jours/an)	25 €/jour (limité à 120 jours/an)
Transport en ambulance du malade		100% de la BRSS (sauf cure thermique)	100% de la BRSS (sauf cure thermique)	100% de la BRSS (sauf cure thermique)
Soins courants				
Honoraires médicaux : Consultations, Visites généralistes et spécialistes, Actes de spécialité, de chirurgie et technique médicale	<i>Médecins DPTAM</i>	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
	<i>Médecins non DPTAM</i>	100% de la BRSS	130% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires médicaux : Radiologie	<i>Médecins DPTAM</i>	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
	<i>Médecins non DPTAM</i>	100% de la BRSS	130% de la BRSS	200% de la BRSS
Honoraires paramédicaux : Analyses et Examens de laboratoire		100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS

Désignation des actes	Intégrale Option 100	Intégrale Option 150	Intégrale Option 300
Soins courants – suite			
Forfait Patient Urgence	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Médicaments remboursés par le Régime obligatoire	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Consultations de psychologues remboursées par le Régime obligatoire	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Frais de transport du malade remboursés par le Régime obligatoire	100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Matériel médical : appareillages et frais orthopédiques (hors prothèses auditives et accessoire optique)	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Dentaire			
Soins et prothèses « 100% Santé » remboursés par le Régime obligatoire¹	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Soins dentaires remboursés par le Régime obligatoire Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Prothèses « Offre modérée » et « Offre libre » remboursées par le Régime obligatoire¹ Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Orthodontie prise en charge par le Régime obligatoire Garantie limitée à 100% de la BRSS pendant les 6 premiers mois	100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Optique			
S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros en Classe A. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.			
Équipement « 100% Santé » Classe A² : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Équipement « Offre libre » Classe B² : 1 monture + 2 verres	100% de la BRSS	Forfait de 200 €	Forfait de 300 €
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de Classes A et B ²	Prise en charge des équipements de la Classe B à hauteur des plafonds respectifs et des éléments de la Classe A à hauteur des <i>Frais réels</i> .		

Désignation des actes		Intégrale Option 100	Intégrale Option 150	Intégrale Option 300
Optique – suite				
Lentilles acceptées et remboursées par le Régime obligatoire		100% de la BRSS	100% de la BRSS + Forfait de 50 € par an	100% de la BRSS + Forfait de 80 € par an
Chirurgie réfractive des yeux		-	Forfait de 100 € pour les deux yeux	Forfait de 100 € pour les deux yeux
Aides auditives				
Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition.				
Équipements « 100% Santé » Classe I³		100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>	100% des <i>Frais réels</i>
Équipements « Panier libre » Classe II et accessoires, dans la limite de 1 700 € par oreille – sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale³		100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Autres garanties				
Ostéodensitométrie prise en charge par le Régime obligatoire		100% de la BRSS	150% de la BRSS	300% de la BRSS
Actes d'ostéopathes, chiropraticiens et podologues		-	25 €/séance (limité à 75 €/an)	30 €/séance (limité à 150 €/an)
Cures thermales prises en charge par le Régime obligatoire		100% de la BRSS	100% de la BRSS + Forfait de 160 € par an	100% de la BRSS + Forfait de 230 € par an
Actes de prévention prévus par l'arrêté du 08/06/2006		100% de la BRSS	100% de la BRSS	100% de la BRSS
Frais médicaux imprévus effectués à l'étranger et remboursés par le Régime obligatoire	En cas d' <i>Hospitalisation</i> médicale ou chirurgicale	100% de la BRSS	150% de la BRSS	90% des <i>Frais réels</i>
	Hors <i>Hospitalisation</i> médicale ou chirurgicale	Prise en charge dans les mêmes conditions que pour les soins dispensés en France		
Attestation Tiers Payant		Oui	Oui	Oui

* Prise en charge de la participation forfaitaire que le *Régime obligatoire* peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

¹ Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du panier « 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du *Régime obligatoire* et dans la limite des honoraires de facturation prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019 – 21 du 11 janvier 2019.

² Tels que définis réglementairement. Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du *Régime obligatoire* et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte.

Les verres et monture ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du *Régime obligatoire* et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

³ Tels que définis règlementairement. Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du *Régime obligatoire* et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la dernière facturation.

7.2. Soutien psychologique :

Nous mettons à disposition des *Assurés* un soutien psychologique en cas de décès d'un *Proche*. Cette garantie est valable en France et à l'étranger. Elle permet à l'*Assuré* de consulter le psychologue ou le psychiatre qualifié de son choix dans le cadre d'une thérapie d'aide à la gestion du deuil.

Cette garantie est disponible pour les formules :

- Intégrale 150 : à hauteur de 40€ par séance et jusqu'à 2 séances par an,
- Intégrale 300 : à hauteur de 50 € par séances et jusqu'à 3 séances par an.

Cette prise en charge permet de renforcer l'accompagnement psychologique prévu au titre des contrats « responsables », en couvrant les consultations non prises en charge par le *Régime obligatoire*.

7.3. Règlement des prestations :

Selon la formule choisie, les pièces suivantes doivent nous être adressées suite au paiement de votre *Régime obligatoire* ou l'arrivée d'un enfant :

- les décomptes du *Régime obligatoire* (si *Vous* ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si *Vous* n'avez pas présenté votre Carte Vitale ou si *Vous* avez opté pour la formule Hospitalisation),
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.

Pour les actes ou consultations non remboursés par le *Régime obligatoire* et selon la formule retenue, veuillez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- les factures correspondantes pour les actes et consultations d'ostéopathes ou de chiropraticiens (formule Intégrale uniquement),
- les factures correspondantes pour les consultations de psychologues ou de psychiatres à l'étranger (formule Intégrale uniquement).

La formule Intégrale du contrat NedExpat est « solidaire et responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence, les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la *Base de remboursement de la Sécurité sociale* (remboursement Sécurité sociale inclus).

Cette convention respecte également les planchers minimaux et les plafonds maximum de garanties des contrats « responsables » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux *Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)*.

Pour l'exacte appréciation des garanties et le remboursement des prestations, l'organisme assureur se réserve le droit de *Vous* demander les certificats médicaux et comptes-rendus opératoires.

Les demandes de remboursement ne passant pas par la télétransmission doivent nous être transmises :

- depuis votre application Easy Claim,
- OU
- par e-mail à l'adresse suivante : neds.expat@april-international.com

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

Tout remboursement est subordonné à l'observation des indications ci-dessus prévues au paragraphe 7.

8. Ce qui est exclu de votre contrat

8.1. Exclusions spécifiques à la formule Hospitalisation :

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- la chambre privée et les frais d'accompagnement en cas d'*Hospitalisation* psychiatrique ;
- les séjours en gériatrie, maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en Instituts Médico Pédagogiques ;
- les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et en centre de longs séjours ;
- les soins esthétiques, les cures de toute nature (sauf dispositions prévues au tableau des garanties), la thalassothérapie.

8.2. Exclusions spécifiques aux formules Intégrale :

La formule Intégrale est de type « responsable », c'est-à-dire qu'elle ne prendra jamais en charge :

- la *Participation forfaitaire légale* (hors participation forfaitaire que le *Régime obligatoire* peut laisser à la charge des assurés si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale française) et les *Franchises* médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale française et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du *Parcours de soins coordonné* ;
- les séjours effectués en maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- la chambre privée et les frais d'accompagnement en cas d'*Hospitalisation* psychiatrique ;
- les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues au tableau des garanties), les soins esthétiques, la thalassothérapie ;
- toute dépense ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le *Régime obligatoire*, sauf dispositions prévues au tableau des 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.

9. Dispositions générales

9.1. Qui assure votre contrat ?

Les présentes Conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des conventions d'assurance de groupe NedExpat souscrites par l'Association CMUNF auprès de Groupama Gan Vie (convention n°671/654342 pour la formule Hospitalisation et convention n°671/654343 pour la formule Intégrale). L'organisme assureur de ce contrat est Groupama Gan Vie.

Groupama Gan Vie est une 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.

L'Association CMUNF est une association loi 1901, située 5-7 Place Saint-Clément, 38480 Le Pont de Beauvoisin, FRANCE, dont l'objet social est de développer le sens de la prévoyance en matière de santé, celui de l'épargne en vue de la constitution volontaire de retraite, par le développement de l'assurance individuelle, ou collective, ceci, notamment, à travers la souscription, pour ses adhérents de contrats d'assurance de groupe.

L'organisme gestionnaire de ces conventions est, par délégation de l'organisme assureur, APRIL International Care France, société par actions simplifiée au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 (www.orias.fr), dont le siège social est situé 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, FRANCE.

9.2. Cadre légal :

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

APRIL International Care France est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

L'adhésion au contrat NedExpat est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes Conditions générales et l'Attestation d'assurance, valant Certificat d'adhésion. Elle est soumise à la législation française et notamment à son Code des assurances. Les garanties et niveaux de remboursement du présent contrat seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats de droit français.

La formule Intégrale du contrat NedExpat est de type « responsable », c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de la Formule Intégrale couvrent à minima à hauteur de 100% de la *Base de remboursement de la Sécurité sociale*. De même, aucune exclusion de garanties de la Formule Intégrale mentionnée au sein des présentes Conditions générales ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de la formule Intégrale respectent également les planchers minimaux et les plafonds maximum de garanties des contrats « responsables » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux *Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée* (DPTAM).

Dans le cadre de la réforme dite « 100% Santé » et en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% Santé » seront intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction du remboursement du *Régime obligatoire*. La prise en charge de ces frais s'effectuera selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

Les garanties et niveaux de remboursement de la formule Intégrale seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats « responsables et solidaires ».

9.3. Prescription :

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114 -1 et suivant du Code des assurances qui prévoient :

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

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) en cas de *Sinistre*, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré ».

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

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

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

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

9.4. Subrogation :

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

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

9.5. 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 contacter 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
- > E-mail : reclamation.expatrie@april-international.com

Pour votre information, notre assureur partenaire Groupama Gan Vie (8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE) nous a confié le traitement des réclamations.

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 :

- > Par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 – FRANCE,
- > Par e-mail à : 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 9.6).

9.6. 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 ci-dessous et l'adresser à APRIL International Care France – Service Courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCE

RENONCIATION

Article L112-9 du Code des assurances français

Article L.112-9 : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

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

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

Nom du contrat : **NedExpat Réf. Ne 2026RO**

Référence du contrat :

Numéro client :

Date de signature de la Demande d'adhésion :

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal : Ville : Pays :

N° de téléphone :

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville : Pays :

N° de téléphone :

Date et signature de l'adhérent :





APRIL International Care France

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE

www.april-international.com

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

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

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 -
75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.

