



NedExpat

Algemene voorwaarden

Ref: Ne 2026RO
September 2025

 **april**
International
INSURANCE MADE EASY



Voor informatie betreffende uw contract staan wij tot uw beschikking van **maandag tot vrijdag van 8.30 tot 18.00 uur** – Parijse tijd
Tel: +33 (0)1 56 98 30 87
Email: neds.expatriation@april-international.com

Inhoudsopgave

1. Definities.....	p.3
2. Dekkingen en territorialiteit van uw contract.....	p.4
2.1. Welke garanties worden door uw contract gedekt?.....	p.4
2.2. Waar bent U gedekt?.....	p.4
3. Wie kan een verzekering afsluiten?.....	p.4
4. Ingangsdatum, looptijd en opzegging van het contract	p.5
4.1. Wanneer begint uw contract te lopen?.....	p.5
4.2. Voor uw contract geldende <i>Wachttijden</i>	p.5
4.3. Dekkingsduur en vernieuwing van uw contract.....	p.5
4.4. Beëindiging van de dekking.....	p.6
4.5. Opzegging van uw contract.....	p.6
5. Premies.....	p.7
5.1. Hoe wordt uw <i>Premie</i> bedrag vastgesteld?.....	p.7
5.2. Betaalwijzen.....	p.7
5.3. Wat gebeurt er indien de <i>Premie</i> niet wordt betaald?.....	p.7
6. Verloop van uw contract.....	p.7
6.1. Hoe wijzigt u uw contract?.....	p.7
6.2. Welke informatie moet U aan ons doorgeven?.....	p.8
7. Wat wordt door het contract gedekt en hoe kunt U claimen?	p.8
7.1. Aard en hoogte van de vergoedingen.....	p.8
7.2. Psychologische ondersteuning	p.13
7.3. Uitbetaling.....	p.13
8. Wat buiten het contract valt.....	p.14
8.1. Uitsluitingen specifiek voor de formule Ziekenhuisopname.....	p.14
8.2. Uitsluitingen specifiek voor de formule Integraal.....	p.14
9. Algemene bepalingen.....	p.14
9.1. Wie verzekert uw contract?.....	p.14
9.2. Juridisch kader	p.14
9.3. Verjaring.....	p.15
9.4. Subrogatie.....	p.15
9.5. Klacht- bemiddeling.....	p.16
9.6. Wet op de persoonsgegevens.....	p.16

1. Definities

Omdat de terminologie die in verzekeringen wordt gebruikt technisch is, en om *U* te helpen begrijpen hoe uw contract werkt, hebben We de belangrijkste definities van de gebruikte termen gegeven. Wanneer de volgende termen cursief zijn gedrukt en met een hoofdletter zijn geschreven, betekent dit dat ze de volgende betekenis hebben:

- A AANGESLOTEN INSTELLING:** erkende instelling die aan *Verzekerden* zorg mag verlenen en een overeenkomst heeft gesloten met een Franse ziekenfonds.
- B BASIS VOOR VERGOEDING FRANSE VERPLICHTE VERZEKERING (VBVV):** verplichte basis voor vergoeding door het Franse ziekenfonds voor ingrepen verricht c.q. recepten uitgeschreven door zorgverleners. De basis voor vergoeding varieert afhankelijk van de sector waar de zorgverlener of het ziekenhuis onder valt. Bij geneesmiddelen waarvoor een generieke variant beschikbaar is, wordt de basisvergoeding berekend aan de hand van een vast *Referentietarief* dat overeenkomt met de prijs van een generiek geneesmiddel.
- D DPTAM (FRANSE MECHANISME VOOR EEN BEHEERST TARIEFBELEID):** algemene omschrijving van de verschillende mechanismen gericht op het beheersten van honorariumoverschrijdingen door erkende zorgverleners. Hierbij moet vooral gedacht worden aan artsen die aangesloten zijn bij het Contract betreffende toegang tot de zorg (Contrat d'Accès aux Soins – CAS) of die gekozen hebben voor de Optie beheerst tariefbeleid (OPTAM/OPTAM-CO).
Bij behandelingen en consulten door een arts die aangesloten is bij een *DPTAM* krijgt u een hogere vergoeding door het Franse sociale zekerheidssysteem
- DPTAM ARTS:** arts die aangesloten is bij een *Frans mechanisme voor beheerst tariefbeleid (DPTAM)*.
- E EIGEN BIJDRAGE (TICKET MODÉRATEUR):** *Eigen bijdrage* die resteert na vergoeding door de *Verplichte verzekering*.
EENPERSOONSKAMER: dienst aangeboden door zorginstellingen die het mogelijk maakt een gehospitaliseerde patiënt in een *Eenpersoonkamer* (voor één persoon) onder te brengen. De patiënt moet hiervoor betalen als hij uitdrukkelijk vraagt om in een *Eenpersoonkamer* te worden ondergebracht. *Eenpersoonkamers* worden niet in rekening gebracht als het medisch voorschrift isolatie vereist, bijvoorbeeld in een psychiatrische instelling of instelling voor nazorg. Een *Eenpersoonkamer* kan worden gefactureerd voor ambulante *Ziekenhuisopname*. De kosten van een eenpersoonkamer verschillen per instelling en dienst. Het dekkningsniveau wordt vermeld in de Tabel van voordelen volgens de gekozen formule.
- H HOOFDVERZEKERDE, "U":** natuurlijke persoon welke tot de verzekering is toegelaten.
- I INGANGSDATUM:** datum waarop het contract ingaat. Staat vermeld op het *Verzekeringsbewijs*.
- K KIND TEN LASTE:** uw kind, het kind van uw *Partner*:
 - › dat jonger is dan 21 jaar,
 - › dat jonger is dan 26 jaar en onderwijs geniet.Een kind komt ten laste zolang het aan de bovengenoemde voorwaarden voldoet. Het kind mag daarbij tijdelijk werk verrichten (seizoensarbeid e.d.) of een bijbaantje hebben, mits kan worden aangetoond dat het kind in het kader van die werkzaamheden geen aanvullende ziektekostendekking heeft.
- L LAND VAN NATIONALITEIT:** het land dat in uw paspoort of ander officieel identiteitsbewijs onder het kopje «nationaliteit» is vermeld.
- M MEDISCHE AUTORITEIT:** alle gediplomeerde artsen of chirurgen die hun beroep mogen uitoefenen in het land waar *U* zich bevindt.
- N NAAST:** uw partner, kinderen, broer, zus, vader of moeder.
- O ONGEVAL:** elk geval van onopzettelijk lichamelijk letsel van de *Verzekerde* dat veroorzaakt wordt door een onverhoedse, plotselinge, heftige, toevallige en onvoorzienbare daad met een externe oorzaak. Krachtens artikel 1353 van het Franse burgerlijke wetboek dient u het bewijs van het *Ongeval* en het rechtstreekse oorzakelijke verband met de aangegane kosten aan te voeren.
- ONVOORZIENE ZIEKTE:** elke verandering in de gezondheid geconstateerd door een bevoegde *Medische autoriteit*, en met een plotseling en onvoorzienbaar karakter.
- P PARTNER:** de, niet bij onherroepelijk vonnis (van tafel en bed) gescheiden, echtgenoot of echtgenote van de *Hoofdverzekerde* of de *Partner* van de *Hoofdverzekerde* die op grond van artikel 515-1 van het Franse Burgerlijk Wetboek een samenlevingscontract (pacte civil de solidarité) met *Hoofdverzekerde* heeft gesloten, dat ten tijde van de schadegeval geldig is. Ook indien duidelijk een andere vorm van geregistreerd partnerschap kan worden aangetoond, kan een persoon als *Partner* worden aangemerkt.
- PREMIE:** bedrag dat door de *Verzekeringnemer* wordt betaald als tegenprestatie voor de door de verzekeraar geboden dekking.
- R ROYEMENTSBEWIJS:** door de voormalige ziektekostenverzekeraar van de *Verzekerde* afgegeven verklaring van beëindiging van rechten waarin met name vermeld staan de datum van de verzekeringsaanmelding en de datum van opzegging, de lijst van begunstigten en ook de ziektekostendekkingen die zij genoten.

- S SCHADEGEVAL:** gebeurtenis, ziekte of *Ongeval* tijdens de geldigheid van het contract, waarbij een beroep op de dekking wordt gedaan.
- T TARIEF GEBONDEN ARTS:** vergoedingsbasis van de *Verplichte verzekering*, vastgesteld tussen het Franse ziekenfonds en de verenigingen van zorgverleners voor aangesloten arts.
- TARIEF ONGEBONDEN ARTS:** vergoedingsbasis van de *Verplichte verzekering*, vastgesteld tussen het Franse ziekenfonds en de verenigingen van zorgverleners voor niet-aangesloten arts.
- V VAST DAGBEDRAG:** komt overeen met het aandeel van de patiënt in de aan zijn *Ziekenhuisopname* verbonden kosten.
- VAST REFERENTIETARIEF GENERIEKE GENEESMIDDELEN:** de prijs die is vastgesteld voor een generiek geneesmiddel. Tarief op basis waarvan de *Verplichte verzekering* generieke geneesmiddelen vergoedt.
- VASTE SPOEDGEVALLEN BEDRAG:** komt overeen met de bijdrage die de patiënt moet betalen na een spoedbezoek zonder *Ziekenhuisopname* in een medische, chirurgische, verloskundige of tandheelkundige afdeling binnen de instelling.
- VERPLICHT VERZEKERING:** verplichte Franse ziektekostenverzekering waarbij u bent aangesloten.
- VERZEKERDE:** alle natuurlijke personen die onder de dekking van dit contract vallen. Namelijk *U* en uw gezinsleden die aan de voorwaarden voor verzekering voldoen. Deze worden op het *Verzekeringsbewijs* vermeld. Onder uw gezinsleden wordt verstaan, uw *Partner* en de u *Kinds ten laste*.
- VERZEKERINGSJAAR:** tijdvak van twaalf opeenvolgende maanden dat begint te lopen op de *Ingangsdatum* van het contract.
- VERZEKERINGSNEMER:** natuurlijke of rechtspersoon die de *Premies* betaalt en is aangesloten bij het groepscontract dat door CMUNF met Groupama Gan Vie is aangegaan.
- VERZEKERINGSBEWIJS:** document geldig als *Verzekeringsbewijs*, dat wij aan de *Verzekeringsnemer* verstrekken, dat de ondertekening van het NedExpat contract bevestigt en dat met name vermeldt de *Verzekerden*, de *Ingangsdatum* en gekozen aanbod, formule en opties. Het *Verzekeringsbewijs* is overeenkomstig de bijzondere voorwaarden van het contract.
- VOORGESCHREVEN ZORGTRAJECT:** het zorgtraject bestaat erin dat bij voorrang een arts, genaamd behandelend arts, wordt gekozen en geraadpleegd, met het oog op medische vervolgbehandelingen, behalve in noodgevallen, verplaatsing buiten de woonplaats of wanneer directe toegang tot een specialist toegestaan is (oogarts, gynaecoloog, evenals, voor personen jonger dan 26 jaar, een psychiater en een neuroloog-psychiater). Het voorgeschreven zorgtraject geldt voor patiënten vanaf 16 jaar. Met dit traject heeft u recht op vergoedingen, en zijn boetes niet van toepassing.
- W WACHTTIJD:** periode waarin er geen aanspraak gemaakt kan worden op uitkeringen. Het beginpunt van de periode is de *Ingangsdatum* van het contract vermeld op het *Verzekeringsbewijs*.
- WERKELIJKE KOSTEN:** het totaal van de ziektekosten die aan u in rekening worden gebracht.
- WE:** APRIL International Care France.
- Z ZIEKENHUISOPNAME:** Verblijf (medisch of chirurgisch) in een ziekenhuisinstelling (openbaar of privaat) gedurende welke een bed aan *U* is toegewezen, na een *Ongeval*, een *Onverwachte ziekte* of een *Ziekte*.
- ZIEKTE:** elke verslechtering van de gezondheidstoestand vastgesteld door een bevoegde *Medische autoriteit*.

2. Dekkingen en territorialiteit van uw contract

2.1. Wat welke garanties worden door uw contract gedekt?

Door deze contract af te sluiten, bent u verzekerd van vergoeding van uw ziektekosten boven op de *Verplichte verzekering* in Frankrijk waarbij *U* bent aangesloten, in overeenstemming met het gekozen plan en de gekozen optie (vermeld op het *Verzekeringsbewijs*).

2.2. Waar bent *U* gedekt?

De dekkingen gelden in Frankrijk op jaarbasis. Indien u een Franse zorgverzekering hebt, geldt de dekkingen ook tijdens tijdelijke verblijven tot 90 achtereenvolgende dagen over de hele wereld, en in uw land van nationaliteit, onder voorwaarde dat uw *Verplichte verzekering* vergoedt (behoudens het bepaalde in het dekkingsoverzicht).

Afhankelijk van de gebeurtenissen die zich kunnen voordoen is dekking voor bepaalde landen uitgesloten.

De volledige lijst van uitgesloten landen is beschikbaar door [hier te klikken](#) of op aanvraag op +33 (0)1 56 98 30 87 of per email op neds.expats@april-international.com. Deze lijst van uitgesloten landen kan worden gewijzigd.

3. Wie kan een verzekering afsluiten?

Om voor verzekering in aanmerking te komen, moet U:

- > de Nederlandse nationaliteit bezitten (in het geval van een *Partner*-of gezinsverzekering moeten U en/of uw *Partner* de Nederlandse nationaliteit bezitten),
- > gedurende de volledige looptijd van het contract in Frankrijk woonachtig zijn (buiten het land waarvan U de *Nationaliteit heeft*),
- > aangesloten zijn bij een verplichte Franse ziektekostenverzekeringsregeling.

De leden van uw gezin kunnen ook gedekt worden door dit contract (als ze vermeld staan op uw *Verzekeringsbewijs*) als aan de voorgenoemde voorwaarden is voldaan, te weten:

- > uw *Partner*,
- > de u *Ten laste komende kinderen*.

De verzekering is gebaseerd op uw verklaringen en die van de verzekeringsnemer, alsmede op de goede trouw van de partijen.

4. Ingangsdatum, looptijd en opzegging van het contract

4.1. Wanneer begint uw contract te lopen?

Uw inschrijving voor het NedExpat contract is onderhevig aan onze voorafgaande acceptatie.

Uw *Ingangsdatum* komt overeen met de datum waarop de dekking ingaat, die U heeft aangegeven op uw inschrijfformulier. Deze gaat op zijn vroegst in op de dag na ontvangst van het ingevulde en ondertekende inschrijfformulier, onder voorbehoud van betaling van de eerste *Premie*.

Deze datum staat op het *Verzekeringsbewijs* dat via een beveiligde toegang aan u ter beschikking is gesteld in de Persoonlijke account.

4.2. Voor uw contract geldende Wachttijden:

Voor de formule *Ziekenhuisopname*:

Is een *Wachttijd* van **3 maanden van toepassing**.

Gedurende die periode zijn de **dekkingen maximaal 100% van de BRSS (*Basis voor vergoeding franse verplichte verzekering*)**, met uitzondering van de **privékamer en de begeleidingskosten die niet in aanmerking voor vergoeding**. Deze wachttijd vervalt echter wanneer er sprake is van een *Ongeval* of indien U eerder een gelijkwaardige of hogere dekking heeft gehad die korter dan een (1) maand tevoren is opgezegd, op vertoon van een bewijsstuk van de tot dan toe bestaande dekking en van het desbetreffende *Royementsbewijs*.

Voor de formule *Integraal*:

Er is **geen Wachttijd**. De dekking voor tandheelkundige zorg, vergoeding van orthodontie, en gebitsprotheses «Vrij Pakket» (behalve tandheelkundige zorg en gebitsprotheses «100% Vergoeding van ziektekosten») zoals beschreven in het vergoedingenoverzicht, bedraagt maximaal 100% van de BRSS (*Basis voor vergoeding franse verplichte verzekering*), gedurende de eerste zes (6) maanden na de datum van inwerkingtreding van het contract. Deze dekkingslimiet kan vervallen indien u kunt aantonen dat U eerder recht had op een soortgelijke dekking van hetzelfde niveau als de dekking volgens het NedExpat contract, waarbij geldt dat genoemde soortgelijke dekking maximaal één (1) maand voorafgaand aan de *Ingangsdatum* van het contract is opgezegd.

Alle kosten die zijn gemaakt voor voorgeschreven behandelingen of verrichtingen moeten overeenkomen met verrichtingen die zijn uitgevoerd tijdens de geldigheidsduur van de vergoedingen. Alle kosten die gemaakt zijn tijdens de wachttijden, worden definitief uitgesloten van dekking en geven geen recht op enige vergoeding.

4.3. Dekkingsduur en vernieuwing van uw contract:

Ondertekening van onderhavig contract is geldig voor een periode eindigend op 31 december van het jaar waarin het van kracht werd. Het wordt stilzwijgend verlengd op 1 januari van elk jaar, voor een looptijd van een jaar, zolang de overeenkomsten van kracht blijven. Uw dekkingen zijn voor het leven vanaf de datum van ondertekening, dat wil zeggen dat de verzekeraars uw contract niet kan beëindigen behalve in de gevallen genoemd in paragraaf 4.4.

4.4. Beëindiging van de dekking vindt plaats:

- a) in het geval er sprake is van een Lidmaatschapsopzegging voor de jaarlijkse deadline op 31/12, dient dit te geschieden via een aangetekende brief en bedraagt de opzegtermijn twee maanden (d.w.z. dat de opzegging uiterlijk 31/10 verzonden dient te zijn);
- b) in het geval er sprake is van een Lidmaatschapsopzegging, kan dit op ieder moment na twaalf (12) maanden lidmaatschap. Uw opzegging treedt één maand na de ontvangstdatum van uw bericht in werking en dient naar APRIL International Care France worden verstuurd per:
 - gewone of aangetekende brief naar het volgende adres: Service courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANKRIJK;
 - via het formulier dat beschikbaar is in je Persoonlijke account door "Annulering aanvragen" te selecteren;
 - of per e-mail naar care@april-international.com;
- c) bij verzuim de *Premies* te betalen (zie paragraaf 5.3);
- d) in geval van verbreking van de overeenkomsten door de Association CMUNF of de verzekeringsmaatschappij op de jaarlijkse termijn (in dat geval verbindt de Association CMUNF zich de *Verzekeringssnemers* op de hoogte te stellen);
- e) zodra u niet meer aan de voorwaarden voor de verzekering voldoet (zie paragraaf 3);
- f) wanneer u niet meer in Frankrijk woont, op vertoon van een officieel document waaruit dit blijkt (bijvoorbeeld een kopie van uw nieuwe arbeidscontract);
- g) in het geval van onjuiste verklaring, in overeenstemming met onderstaande bepalingen.

In geval van opzegging door de verzekeraar of de Association CMUNF zoals beschreven in lid d) verbindt de verzekeraar zich om op verzoek van de *Verzekeringssnemer* dekkingen in Frankrijk te blijven bieden die gelijkwaardig zijn aan de dekkingen die van kracht waren op de datum van opzegging.

Sancties in geval van valse declaraties

Elke omissie, verzwijging, opzettelijk of onopzettelijk valse verklaring die door APRIL wordt vastgesteld in de aan haar verstrekte informatie, zal resulteren in de toepassing van de straffen voorzien in de artikelen L.113-8 en L.113-9 van het Franse Wetboek van Verzekeringen en zal onder meer leiden tot nietigheid van het contract in geval van een opzettelijk valse verklaring.

Artikel L.113-8 van het Franse Wetboek van Verzekeringen:

«Onafhankelijk van de gewone oorzaken voor nietigheid, en onverminderd het bepaalde in artikel L.132-26, is het verzekeringscontract nietig ingeval van het achterhouden van informatie of opzettelijke valse verklaring van de zijde van de *Verzekerde*, wanneer die achterhouding of valse verklaring het voorwerp van het risico wijzigt of de risicobeoordeling vermindert voor de verzekeraar, zelfs wanneer het door de *Verzekerde* weggelaten of verdraaide risico geen invloed heeft gehad op het *Schadegeval*.» De betaalde *Premies* blijven dan eigendom van de verzekeraar, die recht heeft op betaling van alle achterstallige *Premies* als schadevergoeding.

Artikel L.113-9 van het Franse Wetboek van Verzekeringen:

Weglating of een onjuiste verklaring van de kant van de *Verzekerde* van wie kwade trouw niet is vastgesteld, brengt geen nietigheid van de verzekering met zich mee. Als dit wordt vastgesteld vóór een schadegeval, heeft de verzekeraar het recht om ofwel het contract te handhaven, tegen een verhoging van de *Premie* die geaccepteerd wordt door de *Verzekerde*, ofwel om het contract te ontbinden binnen tien dagen na kennisgeving aan de *Verzekerde* per aangetekend schrijven, door het deel van de betaalde *Premie* terug te betalen voor de periode dat de verzekering niet meer loopt. In het geval dat de vaststelling ervan pas na een *Schadegeval* plaatsvindt, wordt de uitkering verminderd evenredig met het bedrag aan betaalde *Premies* ten opzichte van het bedrag aan *Premies* die verschuldigd zouden zijn geweest indien de risico's volledig en exact waren aangegeven.

4.5. Opzegging van uw contract:

Door het tekenen van de Verzekeringsaanvraag verbindt de Aanmelder zich niet op definitieve wijze.

Als het Lid zich heeft Verzekerde als gevolg van huis-aan-huiswerving:

De volgende clausules van artikel L.112-9-I. van de Franse verzekeringswet zijn van toepassing:

"Elke natuurlijke persoon die, ook op eigen verzoek, wordt bezocht in zijn woning, verblijfplaats of werkplek, en in dat verband een verzekeringsaanbod of een verzekeringspolis ondertekent voor andere doeleinden dan zijn handels- of beroepsactiviteiten, kan hier gedurende een termijn van veertien kalenderdagen, te rekenen vanaf de datum van afsluiting van het contract, door middel van een brief, zonder opgaaf van redenen of sancties, van af zien. (...). Zodra de inschrijver op de hoogte is van een schadegeval waardoor aanspraak gemaakt wordt op de verzekering, kan hij of zij het recht op intrekking niet langer doen gelden."

Als het Lid zich op afstand heeft ingeschreven (via de telefoon of via het internet):

Het Lid heeft de mogelijkheid om het lidmaatschap binnen 14 dagen na de datum van de gesloten overeenkomst op te zeggen.

In alle gevallen geldt dat, om het recht op intrekking te doen gelden:

De aanmelder ons middels een geheel ondubbelzinnige verklaring binnen de hieronder vermelde termijnen moet informeren over zijn of haar besluit om van de polis af te zien.

Hiertoe kan men eenvoudigweg het annuleringsformulier op bladzijde 15 invullen of een brief opgesteld volgens onderstaand model sturen aan APRIL International Care France – Service Courrier – 1, rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANKRIJK:

« Middels dit schrijven verklaar ik, mevrouw/mijnheer (achternaam, voornaam, adres) mijn aanmelding voor de verzekeringspolis « NedExpat » n°... in te trekken. Opgemaakt in op Handtekening»

De dekkingen vervallen op de dag waarop de opzeggingsbrief ontvangen wordt. Wij betalen aan de Verzekeringnemer de reeds betaalde Premies terug die geen betrekking hebben op de al verlopen verzekeringsperiode.

Indien er uit hoofde van dit contract al uitkeringen genoten zijn, kan de Verzekeringnemer geen aanspraak meer maken op het recht op opzegging.

5.Premies

5.1. Hoe wordt uw premiebedrag vastgesteld?

De *Premie* wordt jaarlijks op 1 januari aangepast aan de hand van de leeftijd van de *Verzekerde*.

De leeftijd van de *Verzekerde* op basis waarvan de *Premies* voor het eerste jaar worden berekend, is de leeftijd van de *Verzekerde* op de *Ingangsdatum* van het contract. Voor elk opvolgend jaar wordt voor de berekening van de *Premies* de leeftijd van de *Verzekerde* op 1 januari van het desbetreffende jaar aangehouden.

De belastingen die ten laste van de *Verzekeringnemer* komen, zijn in de *Premie* opgenomen. Een verandering van het belastingpercentage heeft een wijziging van de *Premie* tot gevolg.

In geval van gezins- of partnerverzekering wordt voor de vaststelling van de *Premie* de leeftijd van de jongste *Verzekerde* (*Kinderen ten laste* niet meegerekend) aangehouden. Het leeftijdsverschil tussen de *Hoofdverzekerde* en de *Partner* mag niet meer dan 10 jaar bedragen. Bedraagt het leeftijdsverschil meer dan 10 jaar, dan wordt de leeftijdscategorie van de oudste *Verzekerde* aangehouden.

De *Premie* die voor een alleenstaande ouder met kind wordt gehanteerd, is de individuele *Premie*.

De *Premie* die voor een alleenstaande ouder met twee kinderen wordt gehanteerd, is de partnerpremie. Bij meer dan twee kinderen wordt de gezinspremie toegepast.

De *Premie* kan per 1 januari van elk jaar worden gewijzigd afhankelijk van de technische resultaten van de *Verzekerde* groep. De samenstelling van de groep houdt rekening van de bereikte leeftijd, het gekozen aanbod en de gekozen formule en optie, en de inschrijving, op individuele basis, of als (echt)paar of gezin.

De gezondheidstoestand van de *Verzekerde* alsmede zijn/haar medische uitgaven worden bij de berekening van de *Premie* niet in aanmerking genomen.

Bij wijziging van het bij de aanmelding gekozen dekkingsniveau op verzoek van de *Verzekeringnemer*, wordt bij de berekening van de *Premie* rekening gehouden met de leeftijd van de *Verzekerde* op de *Ingangsdatum* van de genoemde wijziging.

5.2. Betaalwijzen:

De *Premies* moeten vooraf in euro worden betaald:

- > jaarlijks per creditcard ;
OF
- > jaarlijks of maandelijks via SEPA-domiciliëring op een bankrekening in euro gevestigd in een van de landen van de SEPA-zone.

De door het *Verzekeringnemer* gekozen betalingswijze wordt vermeld op het inschrijvingsformulier.

5.3. Gebeurt er indien de *Premie* niet wordt betaald?

Indien de *Premie* binnen 10 dagen na de premievervaldag niet is betaald, sturen wij de *Verzekeringnemer* een aangetekende brief waarin betrokkene in gebreke wordt gesteld. De ingebrekestelling heeft tot gevolg dat de dekking na 30 dagen wordt opgeschort. Na een termijn van nog eens 10 dagen wordt het contract door ons van rechtswege ontbonden. Bovendien zijn wij gerechtigd de nog verschuldigde *Premies* via de rechter te verhalen. In geval van ingebrekestelling vanwege

betalingsverzuim wordt de *Premie*, overeenkomstig het Franse Verzekeringswetboek, voor het gehele jaar onmiddellijk opeisbaar.

Wij wijzen erop dat betalingsverzuim en de ontbinding van het contract wegens wanbetaling de plicht tot premiebetaling niet wegnemen. Wij stellen alles in het werk om betaling van de verschuldigde *Premies* te verkrijgen en kunnen in voorkomend geval een internationaal opererend incassobureau inschakelen. De extra beheerkosten die met de door ons of door ingeschakelde derden genomen maatregelen gemoeid zijn, komen ten laste van de *Verzekeringnemer*.

Indien het in de ingebrekestelling vermelde bedrag na de opschorting van de dekking en vóór de ontbinding van het contract wordt betaald, wordt de dekking opnieuw van kracht om 12.00 uur op de dag na ontvangst van de betaling.

De kosten die gedurende de opschorting van de dekking worden gemaakt, kunnen – zelfs na betaling van de *Premie* – geen aanleiding geven tot vergoeding uit hoofde van dit contract.

6. Verloop van uw contract

6.1. Hoe wijzigt U uw contract?

De *Verzekeringnemer* kan het aanvankelijk gekozen bedrag van de dekking wijzigen (de *Ingangsdatum* is niet eerder dan de eerste van de maand na ontvangst van zijn verzoek tot wijziging en is van kracht voor een periode van minimaal 12 opeenvolgende maanden). Voor meer informatie dient het *Verzekeringnemer* contact op te nemen met de verzekeringsadviseur bij wie hij/zij de polis heeft afgesloten.

In geval van wijziging van aanbod of plan tijdens de looptijd van het contract kunnen de vaste dekkingsbedragen (tandverzorging, brillen en contactlenzen [...]) niet worden gecombineerd.

6.2. Welke informatie moet U aan ons doorgeven?

De *Verzekerde* en de *Verzekeringnemer* moeten ons schriftelijk op de hoogte brengen van elke verandering in hun status, situatie, contactgegevens of woonplaats (**zoniet zullen mededelingen naar het laatst bekende adres volledig effect hebben**) of verandering van beroepsactiviteit.

7. Wat wordt door het contract gedekt en hoe kunt U claimen?

Assurances cumulatives :

Dubbele verzekering:

De vergoedingen van de Franse *Verplichte verzekering*, de verzekeraar en alle andere openbare of particuliere instanties kunnen niet hoger zijn dan de werkelijk gemaakte kosten. Cumulerende dekkingen gelden binnen de grenzen van elke dekking, ongeacht de datum van acceptatie. Binnen deze grenzen krijgt U de vergoeding door U te wenden tot de instantie van uw keuze. **DE VERZEKERDE IS – OP STRAFFE VAN VERVALLENVERKLARING VAN DE VERZEKERING – VERPLICHT EVENTUELE DUBBELE VERZEKERINGEN AAN TE GEVEN. DEZE VERPLICHTING GELDT GEDURENDE DE VOLLEDIGE LOOPTIJD VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT.** De beperking van de vergoeding tot het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten wordt voor elke *Verzekerde* post of verrichting vastgesteld door de verzekeraar.

7.1. Aard en hoogte van de vergoedingen?

Ziektekosten worden gedekt tot de limiet van de *Werkelijke kosten*.

Alle medisch gerechtvaardigde zorgkosten voor de in het dekkingsoverzicht genoemde verrichtingen die worden voorgeschreven door een gekwalificeerde *Medische autoriteit* en door het Franse ziekenfonds worden gedekt, worden vergoed. Wij gaan alleen tot vergoeding over in aanvulling op de vergoeding door uw Franse *Verplichte ziektekostenverzekering* (behoudens andersluidende bepalingen in het dekkingsoverzicht).

Voor verrichtingen in Frankrijk gelden de voor dekking vereiste voorwaarden die zijn vastgesteld in verwijzing naar de algemene nomenclatuur voor verrichtingen door zorgverleners van het Franse ziekenfonds.

Bij ziektekosten die in een andere valuta dan de euro worden gefactureerd, wordt de wisselkoers gehanteerd die gold op de datum waarop het *Schadageval* zich heeft voorgedaan. Uitsluitend de kosten die betrekking hebben op verrichtingen die gedurende de dekkingperiode zijn uitgevoerd, kunnen worden vergoed.

Twee formules 'zorgkosten' worden aangeboden, afhankelijk van het gewenste dekkningsniveau: de formule Ziekenhuisopname en de formule Integraal. De formule Ziekenhuisopname omvat twee opties: Optie 150 en Optie 300. De formule Integraal omvat drie opties: Optie 100, Optie 150 en Optie 300. De kosten worden per post overeenkomstig het dekkingsoverzicht vergoed, naar gelang de gekozen optie die op uw *Verzekeringsbewijs* is vermeld.

De bedragen van de hierna vermelde vergoedingen zijn uitgedrukt in een percentage van de basis voor vergoeding van het Franse Ziekenfonds of in een % van de *Werkelijke kosten*. De bedragen omvatten het deel dat door het *Verplichte Franse Ziekenfonds* wordt vergoed (behalve de maximumbedragen voor contactlenzen en thermale kuren waarvoor het in het vergoedingsoverzicht vermelde vaste tarief bij de verleende zorg volgens de Basisverzekering wordt opgeteld). De vergoedingen door APRIL worden dus uitgevoerd onder aftrek van de vergoeding door het Franse Ziekenfonds.

Bij de formule Integraal varieert het bedrag dat vergoed wordt, afhankelijk van het feit of de arts wel of niet aangesloten is bij een *Franse mechanisme voor beheerst tariefbeleid (DPTAM)* zoals aangegeven op het dekkingsoverzicht.

Maxima

Het cumulatieve bedrag van de door de verzekeraar uitgekeerde vergoedingen is, per *Verzekerde* en per jaar, beperkt tot het voor elk van de opties in het dekkingsoverzicht vermelde bedrag. Zulks onder aftrek van elke soortgelijke vergoeding of uitkering door de *Verplichte verzekering* of door elke publieke of particuliere instantie in Frankrijk en het buitenland (behoudens voor de maxima voor contactlenzen en thermale kuren, waarvoor het in het dekkingsoverzicht vermelde vaste bedrag wordt uitgekeerd boven op de vergoedingen door het Franse ziekenfonds).

Formule Ziekenhuisopname

De bedragen van de hierna vermelde vergoedingen zijn uitgedrukt in een percentage van de basis voor vergoeding van het Franse Ziekenfonds of in een % van de *Werkelijke kosten*. De bedragen omvatten het deel dat door het *Verplichte Franse Ziekenfonds* wordt vergoed. De vergoedingen door APRIL worden dus uitgevoerd onder aftrek van de vergoeding door het Franse Ziekenfonds.

Aanbiedingen	Optie 150	Optie 300
Ziekenhuisopname* (verblijven bij geneeskunde, chirurgie, verpleging aan huis en kraamkliniek) > <i>Wachttijd 3 maanden</i>		
Chirurgische en medische Ziekenhuisopname (behalve cosmetische chirurgie)	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Vast dagbedrag	100% van de <i>Werkelijke kosten</i> (met een maximum van 90 dagen in een psychiatrische zorginstelling)	
Eenpersoonskamer (geen vergoeding bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis)	€30 per dag (beperkt tot 90 dagen per jaar) telefoon- en internetkosten inbegrepen	100% van de <i>Werkelijke kosten</i> (beperkt tot 120 dagen per jaar) telefoon- en internetkosten vergoed tot € 25/dag
Begeleidingskosten (geen vergoeding bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis)	€25 per dag (beperkt tot 90 dagen per jaar)	€25 per dag (beperkt tot 120 dagen per jaar)
Vervoerskosten patiënt vergoed door het Franse basisverzekering	100% van de VBVV (behoudens thermale kuren)	
Vast bedrag courante medisch zorg bij ongeluk: radiologie, analyses, technische medische handelingen, medicijnen	100% van de <i>Werkelijke kosten</i> tot €50/verrichting en tot €750/jaar per <i>Verzekerde</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i> tot €75/verrichting en tot €1.000/jaar per <i>Verzekerde</i>
Verklaring betalende derde	Ja	Ja

* Opheffing van de *Wachttijd* in geval van een *Ongeval* of indien *U* voordien een gelijkwaardige of hogere dekking had die minder dan een maand voordien werd opgezegd, op vertoon van het bewijs van de voordien afgesloten dekking en het overeenstemmende *Royementsbewijs*. In geval van *Ziekenhuisopname*, betaling van de forfaitaire bijdrage die het *Verplichte Stelsel* kan laten betalen door *Verzekerden* als ze een behandeling krijgen waarvoor het tarief gelijk is aan of hoger is dan een maximum vastgesteld door de Sociale Zekerheidsreglementering. Raadpleeg paragraaf 4.2. voor de bepalingen voor vergoeding van uw zorg tijdens de *Wachttijd*.

Formule Integraal

De bedragen van de hierna vermelde vergoedingen zijn uitgedrukt in een percentage van de basis voor vergoeding van het Franse Ziekenfonds of in een % van de *Werkelijke kosten*. De bedragen omvatten het deel dat door het *Verplichte Franse Ziekenfonds* wordt vergoed (behalve de maximumbedragen voor contactlenzen en thermale kuren waarvoor het in het vergoedingenoverzicht vermelde vaste tarief bij de verleende zorg volgens de Basisverzekering wordt opgeteld). De vergoedingen door APRIL worden dus uitgevoerd onder aftrek van de vergoeding door het Franse Ziekenfonds.

		Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten
Aanbiedingen		Integraal Optie 100	Integraal Optie 150	Integraal Optie 300
Ziekenhuisopname* (verblijven bij geneeskunde, chirurgie, verpleging aan huis en kraamkliniek)				
Verblijfkosten	<i>Aangesloten instellingen met tariefafspraken</i>	100% van de VBVV	150% van de VBVV	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>
	<i>Andere</i>			90% van de <i>Werkelijke kosten</i> (met een minimum van 100% van de VBVV)
Vast dagbedrag		100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>
Medische honoraria	<i>DPTAM-artsen</i>	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
	<i>Niet bij het DPTAM aangesloten -artsen</i>	100% van de VBVV	130% van de VBVV	200% van de VBVV
Eénpersoonskamer		–	€30 per dag (beperkt tot 90 dagen per jaar) Telefoon- en internetkosten inbegrepen	100% van de <i>Werkelijke kosten</i> (beperkt tot 120 dagen per jaar) telefoon- en internetkosten vergoed tot € 25/dag
Begeleidingskosten		–	€25 per dag (beperkt tot 90 dagen per jaar)	€25 per dag (beperkt tot 120 dagen per jaar)
Vervoerskosten patiënt vergoed door het Franse basisverzekering		100% van de VBVV (behalve thermale kuren)	100% van de VBVV (behalve thermale kuren)	100% van de VBVV (behalve thermale kuren)
Courante medische				
Medische honoraria: Consulten/bezoek aan huisartsen en specialisten Specialistische, chirurgische en medischtechnische verrichtingen	<i>DPTAM-artsen</i>	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
	<i>Niet bij het DPTAM aangesloten -artsen</i>	100% van de VBVV	130% van de VBVV	200% van de VBVV
Medische honoraria: Radiologie	<i>DPTAM-artsen</i>	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
	<i>Niet bij het DPTAM aangesloten -artsen</i>	100% van de VBVV	130% van de VBVV	200% van de VBVV
Paramedische honoraria: analyses en laboratoriumonderzoeken		100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV

Aanbiedingen	Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten
	Integraal Optie 100	Integraal Optie 150	Integraal Optie 300
Courante medische – meer			
Vaste spoedgevallen bedrag	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>
Medicijnen vergoed door het Franse basisverzekering	100% van de VBVV	100% van de VBVV	100% van de VBVV
Consulten bij de psycholoog vergoed door het Franse basisverzekering	100% van de VBVV	100% van de VBVV	100% van de VBVV
Vervoerskosten patiënt vergoed door het Franse basisverzekering	100% van de VBVV	100% van de VBVV	100% van de VBVV
Medisch materiaal: Hulpmiddelen en orthopedische apparaten kosten (behalve hoortoestellen en optische accessoires)	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Tandheelkundige kosten			
Tandheelkundige zorg en protheses betaald door het Franse basisverzekering “100% Santé”¹	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>
Tandheelkundige zorg betaald door het Franse basisverzekering Dekking beperkt tot 100% van de VBVV gedurende eerste 6 maanden	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Tandheelkundige protheses betaald door het Franse basisverzekering “Panier Maîtrisé” (beperkte dekking) en “Panier Libre” (vrije dekking)¹ Dekking beperkt tot 100% van de VBVV gedurende eerste 6 maanden	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Orthodontie betaald door het Franse basisverzekering Dekking beperkt tot 100% van de VBVV gedurende eerste 6 maanden	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Brillen en contactlenzen			
Ten aanzien van brillen zijn in het kader van uw pakket de vaste vergoedingen voor monturen beperkt tot 100 euro in Klasse B en tot 30 euro in Klasse A. De dekking geldt voor gemaakte aankoopkosten van een voorziening bestaande uit twee glazen en een montuur per periode van twee jaar vanaf de laatste aankoop of per periode van een jaar voor kinderen jonger dan 16 jaar of in geval van wijziging van het zicht. Vervroegde vervanging mogelijk als dit valt onder een van de gevallen op de lijst die is vermeld in artikel L165-1 van de Code de la Sécurité sociale [Franse wet sociale zekerheid]. De vaste vergoeding is inclusief de vergoeding door de Sécurité sociale en het ticket modérateur [eigen bijdrage] en niet te combineren met die van andere jaren.			
Voorziening Klasse A “100% Santé”²: 1 montuur + 2 glazen, inclusief afstellen en aanpassing van de oogcorrectie	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>
Voorziening Klasse B “Panier Libre”²: 1 montuur + 2 glazen	100% van de VBVV	Vast bedrag €200	Vast bedrag €300
Gemengde voorziening: combinatie van glazen en montuur van Klasse A en B ²	Zie de bedragen van de voorzieningen uit Klasse B, onder aftrek van de elementen uit Klasse A waarvan de <i>Werkelijke kosten</i> vergoed worden. De elementen uit klasse A worden vergoed op basis van de <i>Werkelijke kosten</i> .		

		Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten
Aanbiedingen		Integraal Optie 100	Integraal Optie 150	Integraal Optie 300
Optique - meer				
Contactlenzen geaccepteerd en geweigerd door het Franse basisverzekering		100% van de VBVV	100% van de VBVV + vast bedrag van €50 per jaar	100% van de VBVV + vast bedrag van €80 per jaar
Refractiechirurgie		-	Vast bedrag van €100 voor beide ogen	Vast bedrag van €100 voor beide ogen
Hoortoestellen				
Vergoeding van een toestel per oor per vier jaar vanaf de datum van de laatste aankoop				
Voorziening Klasse 1 "100% Santé"³		100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>	100% van de <i>Werkelijke kosten</i>
Gehoorthorprothesen van Klasse 2 "Panier Libre" en toebehoor tot een maximum van €1.700/oor, onder aftrek van de vergoeding van de Franse basisverzekering³		100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Overige dekkingen				
Bostdensitometrie vergoed door de Franse basisverzekering		100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Behandeling door osteopaten, chiropractors en podologen		-	€25 per behandeling (max. €75 per jaar)	€30 per behandeling (max. €150 per jaar)
Thermale kuren vergoed door de Franse basisverzekering		100% van de VBVV	100% van de VBVV + vast bedrag van €160 per jaar	100% van de VBVV + vast bedrag van €230 per jaar
Preventieve behandelingen zoals vermeld in het besluit van 08/06/2006		100% van de VBVV	100% van de VBVV	100% van de VBVV
Onvoorziene medische kosten in het buitenland, vergoed door de verplichte Franse basisverzekering	In geval van medische of chirurgische <i>Ziekenhuisopname</i>	100% van de VBVV	150% van de VBVV	90% van de <i>Werkelijke kosten</i>
	Exclusief medische of chirurgische <i>Ziekenhuisopname</i>	Alle verleende zorg om wordt vergoed onder dezelfde voorwaarden als voor de in Frankrijk verleende zorg		
Verklaring betalende derde		Ja	Ja	Ja

* Betaling van de forfaitaire bijdrage die het Verplichte Stelsel kan laten betalen door *Verzekerden* als ze een behandeling krijgen waarvoor het tarief gelijk is aan of hoger is dan een maximum vastgesteld door de Sociale Zekerheidsreglementering.

¹ Zoals vastgelegd in de regelgeving. De gemaakte kosten voor gebitsprothesen worden in het kader van het "Panier 100% Santé" door uw dekkingen volledig vergoed, onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de te factureren honoraria die voor deze handelingen voorzien zijn op grond van het ministerieel besluit nr. 2019-21 van 11 januari 2019.

² Zoals vastgelegd in de regelgeving. De glazen en het montuur waarvoor een extra vergoeding geldt ("Panier 100% Santé") worden door uw

dekkingen volledig vergoed, onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de voor dit soort handelingen vastgestelde verkoopprijs.

De glazen en het montuur waarvoor geen extra vergoeding geldt (*Offre libre*, vrij aanbod) worden vergoed onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de in het ministerieel besluit nr. 2019-21 van 11 januari 2019 vastgestelde limiet.

In beide gevallen geldt de dekking voor de gemaakte aankoopkosten van een voorziening bestaande uit twee glazen en een montuur per periode van twee jaar vanaf de laatste vervanging van een volledige voorziening en per periode van een jaar voor kinderen jonger dan 16 jaar of in geval van wijziging van het zicht. Een vervroegde vervanging is eveneens mogelijk op grond van artikel L165-1 van de Code de la Sécurité sociale.

³ Zoals vastgelegd in de regelgeving. De gehoorvoorzieningen waarvoor een extra vergoeding geldt ("Panier 100% Santé") worden door uw dekkingen volledig vergoed, onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de voor dit soort handelingen vastgestelde verkoopprijs. De gehoorvoorzieningen waarvoor geen extra vergoeding geldt (*Offre libre*) worden vergoed onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de in het ministerieel besluit nr. 2019-21 van 11 januari 2019 vastgestelde limiet.

In beide gevallen geldt de dekking voor de gemaakte aankoopkosten van een gehoorvoorziening per periode van vier jaar vanaf de levering van de voorziening.

7.2. Psychologische ondersteuning:

Wij bieden *Verzeekerden* psychologische ondersteuning bij het overlijden van een naast familielid. Deze dekking is geldig in Frankrijk en in het buitenland. De *Verzeerde* kan een psycholoog of psychiater naar keuze raadplegen in het kader van een therapie om het verlies te verwerken.

Deze dekking is beschikbaar voor de plannen:

- Integraal 150: tot € 40 per sessie en maximaal 2 sessies per jaar,
- Integraal 300: € 50 per sessie en maximaal 3 sessies per jaar.

Deze dekking versterkt de psychologische ondersteuning die wordt geboden onder verantwoorde contracten, door consulten te dekken die niet worden gedekt door de *Verplichte verzekering*.

7.3. Uitbetaling:

Afhankelijk van de gekozen formule moeten de volgende stukken aan ons worden toegestuurd na betaling door uw *Verplichte verzekering* of de komst van een kind:

- de afrekening van de *Verplichte verzekering* (als u geen elektronische overdracht hebt of als U uw Carte Vitale niet heeft laten zien of als U hebt gekozen voor de formule Ziekenhuisopname),
- de afrekeningen van andere onderlinge verzekeringen.

Voor behandelingen of consulten die niet worden vergoed door de verplichte ziekteverzekering en afhankelijk van het gekozen plan, stuurt u ons de volgende documenten:

- de overeenstemmende facturen voor osteopathische of chiropractische behandelingen en raadplegingen (enkel optie Integraal),
- de overeenkomstige facturen voor raadplegingen bij psychologen of psychiaters in het buitenland (enkel optie Integraal).

De Formule Integraal van het NedExpat contract is 'solidaire en verantwoordelijk', dat wil zeggen dat de formule voldoet aan de Franse wetteksten met betrekking tot aanvullende ziektekostenverzekeringen die recht hebben op fiscale en sociale zekerheid oordelen overeenkomstig het bepaalde in de artikelen L871-1, L862-4 e.v. van het Franse Wetboek Sociale zekerheid en in de artikelen R871-1, R871-2 e.v. van het Franse Wetboek Sociale zekerheid.

Dientengevolge worden de zorgkosten die in aanmerking komen voor vergoeding door het Franse ziekenfonds minimaal gedekt tot 100% van de BRSS (*Basis Voor Vergoeding Franse Verplichte Verzekering*). Deze Overeenkomst houdt ook rekening met de minimumdrempel en het maximumbedrag van de vergoedingen van de 'Verantwoorde contracten' en met de voorwaarden aangaande de vergoeding van overschrijding door honoraria van artsen die niet zijn aangesloten bij een DPTAM (*het Franse systeem dat toeziet op een beheerst tariefbeleid*).

Voor een juiste beoordeling van de dekkingen en de vergoeding van de zorgdiensten, behoudt de verzekeraar zich het recht voor om medische verklaringen en operatieverslagen bij u op te vragen.

Claims die niet elektronisch worden ingediend, moeten naar ons worden verzonden:

- vanuit uw Easy Claim applicatie,

OF

- > per e-mail naar het volgende adres: neds.expats@april-international.com

U moet de originele facturen (en andere bewijsstukken) bewaren gedurende een periode van 2 jaar vanaf de datum waarop u de aanvraag voor vergoeding hebt ingediend.

Bij elke vergoeding moeten de bepalingen uit paragraaf 7 in acht worden genomen.

8. Wat buiten het contract valt

8.1. Uitsluitingen specifiek voor de Formule Ziekenhuisopname:

De huidige polis verschaft geen dekking voor:

- > éénpersoonskamers en de kosten van begeleidende personen in het geval van opname in een psychiatrisch ziekenhuis,
- > verblijven op geriatrie afdelingen, in gespecialiseerde opvang, in sociaal-medische instellingen, in tehuizen voor zorgbehoevende ouderen (EHPAD) of in medisch-pedagogische instellingen (IMP);
- > verblijven in ziekenhuizen en vergelijkbare zorginstellingen voor hulpbehoevende ouderen en in instellingen voor langdurig verblijf;
- > cosmetische zorgbehandelingen, alle kuren (met uitzondering van het in de dekkingstabel bepaalde), en thalassotherapie.

8.2. Uitsluitingen specifiek voor de Formule Integraal:

De Integraal Formule is "Verantwoordelijk" en dit houdt in dat in geen geval worden vergoed:

- > de *Wettelijke* vaste bijdrage (exclusief de vaste bijdrage die de Verplichte verzekering voor rekening van *Verzekerden* kan laten komen, indien zij recht hebben op verrichtingen waarvan het tarief gelijk is aan of hoger dan het maximum tarief dat is vastgesteld door het Franse sociale zekerheidssysteem) of de medische eigen bijdragen die voor rekening van de in Frankrijk sociaal *Verzekerden* blijven;
- > vermindering van de vergoeding van het Franse sociale zekerheidssysteem en honorariaoverschrijdingen in geval van het niet in acht nemen van het *Voorgeschreven zorgtraject* (parcours de soins coordonné);
- > verblijven in gespecialiseerde opvang, sociaal-medische instellingen en tehuizen voor zorgbehoevende ouderen (EHPAD),
- > kosten voor privékamer en begeleiding bij psychiatrische *Ziekenhuisopname*;
- > alle kuren (met uitzondering van het in de dekkingstabel bepaalde), cosmetische zorgbehandelingen en thalassotherapie.
- > alle uitgaven die niet door de verplichte ziektekostenregeling terugbetaald worden, behoudens andersluidende bepalingen in het dekkingsoverzicht.

Naleving van economische en handelsgerichte sancties:

Wanneer de garantie of de betaling van de vergoeding of schadevergoeding zoals voorzien in dit contract in strijd is met de resoluties van de Verenigde Naties of met de sancties, wetten of economische en handelsregelgeving van de Europese Unie, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, een nationale wetgeving of de Verenigde Staten van Amerika, zijn dergelijke garantie of betaling van vergoeding of schadevergoeding nietig en zonder rechtsgevolg.

9. Algemene bepalingen

9.1. Wie verzekert uw contract?

Onderhavige Algemene Voorwaarden geldend als informatieblad hebben tot doel de dekkingen en diensten te beschrijven verleend in het kader van de NedExpat groepsverzekeringsovereenkomst afgesloten door de Association CMUNF bij de Groupama Gan Vie (overeenkomst nr.671/654342 voor de formule Ziekenhuisopname en overeenkomst nr.671/654343 voor de formule Integraal).

Groupama Gan Vie is een naamloze vennootschap met een kapitaal van € 413.036.043, met hoofdkantoor te 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANKRIJK, Handelsregister Paris nr. 340 427 616 (APE code: 6511Z).

CMUNF is een vereniging ingevolge de wet van 1901 en gevestigd 5 -7 Place Saint-Clément, 38480 Le Pont de Beauvoisin,

Frankrijk. Het verenigingsdoel is het bevorderen van ziektekostenverzekeringen, en het sparen voor vrijwillige pensioenopbouw, middels de ontwikkeling van individuele of collectieve verzekeringen, met name door het afsluiten van groepsverzekeringen voor haar *Verzekerden*.

Het beheer van deze overeenkomst is door de verzekeringsmaatschappij gedelegeerd aan de verzekeringstussenpersoon APRIL International Care France, Franse vennootschap onder de rechtsvorm "Société par actions simplifiée" met een kapitaal van € 200 000, ingeschreven in het Handels- register van Parijs onder nr. 309 707 727 en in het register van verzekeringstussenpersonen (ORIAS) onder registratienummer 07 008 000 (www.orias.fr), gevestigd te 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, FRANKRIJK.

9.2. Juridisch kader:

De autoriteiten belast met de controle van verzekeraars zijn Autorité de Contrôle Prudentiel en de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, FRANKRIJK.

APRIL International Care France valt onder de Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), gevestigd 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Parijs Cedex 09, FRANKRIJK.

Het NedExpat contract bestaat uit de verzekeringsaanvraag, deze Algemene Voorwaarden en het *Verzekeringsbewijs*. Deze valt onder de Franse wetgeving, met name het Franse Verzekeringswetboek.

De in dit contract genoemde dekkingen en vergoedingen worden automatisch aangepast aan de ontwikkeling van de wet- en regelgeving die op contracten naar Frans recht van toepassing is.

De formule Integraal van het NedExpat contract 'ter aanvulling van een Franse Verplichte Basisverzekering' is van het type 'verantwoord', dat wil zeggen, het voldoet aan de voorschriften inzake contracten voor aanvullende zorgverzekeringen met fiscale en sociale voordelen conform het bepaalde in artikel L871-1 en L862- 4 van de Franse zorgverzekeringswet uit artikel 14 van wet nr. 2014-892 van 8 augustus 2014 op de rectificerende financiering van de Sécurité Sociale en artikel 22 van wet nr. 2014-1554 van 22 december 2014 en de toepassingsbesluiten (artikel R871-1 en R871-2 van de Franse zorgverzekeringswet).

De Formule Integraal van het NedExpat contract is 'solidair en verantwoordelijk', dat wil zeggen dat de formule voldoet aan de Franse wetteksten met betrekking tot aanvullende ziektekostenverzekeringen die recht hebben op fiscale en sociale zekerheid oordelen overeenkomstig het bepaalde in de artikelen L871-1, R871-1 en R871-2 van het Franse Wetboek Sociale zekerheid.

De dekkingen van de formule Integraal dekken minimaal tot een hoogte van 100% van de basis voor vergoeding van de Franse basisverzekering. Evenzo kan geen enkele dekkingsuitsluiting van de formule Integraal, zoals genoemd in onderhavige algemene voorwaarden, toegepast worden op de vergoedingsverplichtingen voorzien in artikel R871-1 en R871-2 van de Franse zorgverzekeringswet.

De dekkingen van de formule Integraal houden ook rekening met de minimumdrempel en het maximumbedrag van de vergoedingen van de 'Verantwoorde contracten' en met de voorwaarden aangaande de vergoeding van overschrijding door honoraria van artsen die niet zijn aangesloten bij een DPTAM (het Franse systeem dat toeziet op een beheerst tariefbeleid). In het kader van de zogenoemde hervorming "100% Santé" en onder toepassing van het decreet n° 2019-21 van 11 januari 2019, worden de gemaakte ziektekosten binnen het zorgpakket "100% Santé" geheel vergoed tot de vastgestelde verkoopprijzen die hiervoor gelden en na aftrek van de vergoeding door het verplichte Franse ziekenfonds. De vergoeding van deze kosten vindt plaats volgens het tijdschema in bovengenoemd decreet. De dekkingen en hoogte van de terugbetalingen van de formule Integraal worden automatisch aangepast aan de wet- en regelgeving die de 'verantwoorde en solidaire contracten' regelt.

9.3. Verjaring:

Een rechtsvordering met betrekking tot onderhavige aanmelding is niet-ontvankelijk na verloop van twee (2) jaar na de gebeurtenis die eraan ten grondslag ligt, volgens het bepaalde in de artikelen L114-1 en verder van het Franse Wetboek van verzekeringen, volgens welke artikelen het volgende geldt:

Artikel L114-1 : «Alle rechtsvorderingen met betrekking tot een verzekeringscontract verjaren na twee jaar vanaf de datum waarop de gebeurtenis die eraan ten grondslag ligt, plaatsvond. Deze termijn gaat echter pas in:

- 1) in geval van verzwijging, weglating, valse of onjuiste verklaring over het gelopen risico, vanaf de dag dat de verzekeraar ervan in kennis is gesteld;
- 2) in geval van een *Ongeval*, vanaf de dag dat de betrokkenen er kennis van hebben gekregen, indien zij bewijzen dat zij er tot dan toe geen kennis van hadden.

Wanneer de oorzaak van de rechtsvordering van de *Verzekerde* tegen de verzekeraar een door een derde ingesteld beroep betreft, loopt de verjaringstermijn pas vanaf de dag dat die derde een rechtsvordering tegen de *Verzekerde* heeft ingesteld of door laatstgenoemde schadeloos is gesteld.

De verjaring wordt verlengd tot tien jaar in levensverzekeringscontracten wanneer de begunstigde een afzonderlijke

persoon is van de verzekeringnemer en, in ongevallenverzekeringscontracten voor personen, wanneer de begunstigden de rechthebbenden van de overleden *Verzekerde* zijn. Voor levensverzekeringscontracten verjaren de rechtsvorderingen van de begunstigde, onverminderd het bepaalde onder punt 2), uiterlijk 30 jaar na het overlijden van de *Verzekerde*.

Artikel L114-2 : «De verjaring wordt gestuit door een van de gewone oorzaken voor stuiting van verjaring, en door benoeming van een expert in vervolg op een Schadegeval. De verjaring van de rechtsvordering kan ook worden gestuit door het versturen van een aangetekende brief of een aangetekend digitaal bericht, met ontvangstbevestiging, gericht door de verzekeraar aan de *Verzekerde*, voor wat betreft de vordering tot betaling van de *Premie* en door de *Verzekerde* aan de verzekeraar voor wat betreft de betaling van de vergoeding».

Artikel L114-3 : «In afwijking van artikel 2254 van het Burgerlijk Wetboek mogen de Partijen bij de verzekeringsovereenkomst de duur van de verjaring niet wijzigen, zelfs niet in onderling overleg, noch oorzaken van schorsing of stuiting van de verjaring toevoegen.»

Gewone oorzaken van stuiting van de verjaring zijn volgens het Burgerlijk Wetboek:

- > erkenning door de schuldenaar van het recht van de persoon tegen wie de vordering was ingesteld (artikel 2240 van het Franse Burgerlijk Wetboek),
- > het instellen van een rechtsvordering (artikelen 2241 tot en met 2243 van het Franse Burgerlijk Wetboek),
- > een conservatoire maatregel [beslag] krachtens de Franse wetgeving aangaande burgerlijke rechtsvordering en tenuitvoerlegging, of een gedwongen tenuitvoerlegging (artikel 2244 van het Franse Burgerlijk Wetboek),
- > ingebrekestelling van een van de hoofdelijk aansprakelijke schuldenaren middels het instellen van een rechtsvordering of middels een gedwongen uitvoeringshandeling, of de erkenning door de schuldenaar van het recht van degene tegen wie hij de vordering had ingesteld (artikel 2245 van het Franse Burgerlijk Wetboek),
- > ingebrekestelling van de hoofdschuldenaar of diens erkenning voor de gevallen van verjaring die van toepassing zijn op zekerheidsstellingen (artikel 2246 van het Franse Burgerlijk Wetboek).

9.4. Subrogatie:

De verzekeraar doet geen afstand van zijn (vorderings) rechten die hij ingevolge artikel L121-12 van het Franse verzekeringswetboek als gebrocheerde heeft ten aanzien van een aansprakelijke derde partij.

Indien *U* slachtoffer bent van een verkeersongeval (waarbij een motorvoertuig is betrokken), dient *U*, op straffe van verval van rechten, bij de verzekeraar van de veroorzaker van het *Ongeval* op diens verzoek de naam te verstrekken van de ziektekostenverzekeraar die als derde betaler optreedt

9.5. Klacht-bemiddeling:

De kwaliteit van de dienstverlening staat centraal in onze verplichtingen, maar als *U* een klacht wilt indienen over de diensten die ons bedrijf levert, kunt *U* als volgt contact opnemen met onze klachtenafdeling:

- > APRIL International Care France – Service Courrier – 1, rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – Frankrijk
- > E-mail: reclamation.expatrie@april-international.com

Ter informatie: onze partnerverzekeraar Groupama Gan Vie (8 -10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE) heeft ons de afhandeling van schadeclaims toevertrouwd.

Verwerkingstijden: *U* ontvangt een gedateerde kopie van uw schadeclaim. Binnen 10 werkdagen na verzending van uw klacht ontvangt u een ontvangstbevestiging. *U* ontvangt binnen 2 maanden een antwoord.

Doorverwijzing naar de bemiddelingsmedewerker: Als *U* niet tevreden bent met het gegeven antwoord, of 2 maanden nadat Uw eerste schriftelijke klacht is verzonden, kunt *U* de zaak doorverwijzen naar de bevoegde bemiddelingsmedewerker:

- > Per post naar het volgende adres La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 – FRANKRIJK,
- > Per e-mail naar: le.mediateur@mediation-assurance.org

Als de overeenkomst op afstand via internet is gesloten, kunt *U* de zaak ook voorleggen aan de bevoegde bemiddelaar door een klacht in te dienen op het platform voor geschillenbeslechting van de Europese Commissie, dat toegankelijk is op het volgende adres: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Wij informeren *U* dat de gegevens die worden verzameld voor de behandeling van uw schadeclaim door ons bedrijf elektronisch worden verwerkt om de behandeling van schadeclaims te controleren en alleen mogen worden doorgegeven aan de verzekeraar, zijn herverzekeraars en de APRIL-holding, evenals aan onze partnerserviceproviders voor de uitvoering van uw dekking. De verzamelde gegevens zijn noodzakelijk voor de registratie, het beheer en de uitvoering van de

abonnementen door APRIL International Care France, de verzekeraars of hun agenten. *U* hebt recht op toegang tot, rectificatie van, bezwaar tegen en verwijdering van uw persoonsgegevens (zie paragraaf 9.6).

9.6. Wet op de persoonsgegevens

In de loop van onze relatie kunnen *Wij* persoonlijke gegevens over *U* verzamelen. Informatie over gegevensverwerking en over hoe u uw rechten met betrekking tot deze gegevens kunt uitoefenen, kunt u vinden in de "Informatiemededeling - verwerking van uw persoonsgegevens" die aan u is verstrekt. Dit document is ook beschikbaar bij onze adviseurs en op onze website <http://www.april-international.com>

Indien u afziet van uw verzekering, kunt het formulier hieronder losmaken en gebruiken en verzenden naar APRIL International Care France – Service Courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANKRIJK

TERUGTREKKING

Artikel I.112-9 van het Franse verzekeringswetboek

Artikel L.112-9 : «Elke natuurlijke persoon die bij hem thuis, in zijn woonplaats of zijn werkplaats, via de telefoon of het internet is benaderd, zelfs op eigen verzoek, en die in dat kader een verzekeringsvoorstel of -overeenkomst heeft ondertekent die in het kader van zijn commerciële of beroepsactiviteit valt, heeft de mogelijkheid om hiervan af te zien door het versturen van een eenvoudige brief gedurende een periode van veertien kalenderdagen vanaf de dag van het sluiten van de overeenkomst, zonder opgave van redenen of het oplopen van sancties.»

Voorwaarden: Als u afstand wilt nemen van de inschrijving, dient u het verwijderbare formulier in te vullen en te ondertekenen. Verstuur deze per gewone brief in een envelop naar bovenstaand adres. Verstuur deze uiterlijk binnen 14 dagen vanaf de dag nadat uw overeenkomst in werking is getreden of indien deze termijn op een normale manier afloopt op een zaterdag, zondag of een officiële feestdag, de eerstvolgende werkdag.

Ondergetekende verklaart af te zien van de volgende verzekeringsaanvraag:

Naam contract: **NedExpat Ref. Ne 2026RO**

Contract referentie:

Datum van ondertekening van de verzekeringsaanvraag:

Naam verzekeringnemer:

Voornaam verzekeringnemer:

Adres verzekeringnemer:

Postcode: Plaats: Land:

Telefoonnummer:.....

Datum en handtekening verzekeringnemer:

--





APRIL International Care France

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKRIJK

www.april-international.com

Franse vennootschap onder de rechtsvorm "Société par actions simplifiée" met een kapitaal van € 200 000 - Handelsregister Parijs 309 707 727 Verzekeringstussenpersoon ORIAS - Registratienummer 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANKRIJK

