

ALGEMENE VOORWAARDEN 2019

Ref: Ne 20191E

NED'S EXPAT



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.
Tél : +33 (0)1 56 98 30 87 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : neds.exp@april-international.com

INHOUDSOPGAVE

1. AAN UW CONTRACT GERELATEERDE DIENSTVERLENING.....	P.3
1.1. RECHTSTREEKSE BETALING VAN UW KOSTEN BIJ ZIEKENHUISOPNAME VAN LANGER DAN 24 UUR.....	p.3
1.2. CALLCENTER VOOR MEDISCH ADVIES.....	p.3
1.3. ONLINE DIENSTVERLENING.....	p.3
1.4. WAAR KUNT U UW DECLARATIE, UW VERZOEK VOORAFGAANDE TOESTEMMING OF UW VERTROUWELIJKE MEDISCHE VERKLARING NAARTOE STUREN?.....	p.3
2. DEFINITIES.....	P.4
3. DEKKINGEN EN TERRITORIALITEIT VAN UW CONTRACT.....	P.6
3.1. WAT WORDT DOOR UW CONTRACT GEDEKT?.....	p.6
3.2. WAAR BENT U GEDEKT?.....	p.6
4. WIE KAN EEN VERZEKERING AFSLUITEN?.....	P.6
5. INGANGSDATUM, LOOPTIJD EN OPZEGGING VAN HET CONTRACT.....	P.6
5.1. WANNEER BEGINT UW CONTRACT TE LOPEN?.....	p.6
5.2. VOOR UW CONTRACT GELDENDE WACHTTIJDEN.....	p.7
5.3. DEKKINGSDUUR EN VERNIEUWING VAN UM CONTRACT.....	p.7
5.4. BEËINDIGING VAN DE DEKKING.....	p.7
5.5. OPZEGGING VAN UM CONTRACT?.....	p.8
6. PREMIES.....	P.8
6.1. HOE WORDT UW PREMIEBEDRAG VASTGESTELD?.....	p.8
6.2. BETAALWIJZEN.....	p.8
6.3. WAT GEBEURT ER INDIEN DE PREMIE NIET WORDT BETAALD?.....	p.8
7. VERLOOP VAN UW CONTRACT.....	P.9
7.1. HOE WIJZIGT U UW CONTRACT?.....	p.9
7.2. WELKE INFORMATIE MOET U AAN ONS DOORGEVEN?.....	p.9
8. WAT WORDT DOOR HET CONTRACT GEDEKT EN HOE KUNT U CLAIMEN?.....	P.9
8.1. AARD EN HOOGTE VAN DE VERGOEDINGEN.....	p.9
8.2. WAT TE DOEN IN GEVAL VAN EEN ZIEKENHUISOPNAME?.....	p.13
8.3. HOE MOET EEN VERZOEK OM VOORAFGAANDE TOESTEMMING BIJ BEPAALDE ZORGVORMEN OF BEHANDELINGEN WORDEN AANGEVRAAGD?.....	p.13
8.4. HOE MOET EEN DECLARATIE WORDEN INGEDIEND?.....	p.14
9. WAT BUITEN HET CONTRACT VALT.....	P.15
10. ALGEMENE BEPALINGEN.....	P.16
10.1. WIE VERZEKERT UW CONTRACT?.....	p.16
10.2. JURIDISCH KADER.....	p.16
10.3. VERJARING.....	p.16
10.4. SUBROGATIE.....	p.17
10.5. KLACHT-BEMIDDELING.....	p.17
10.6. WET OP DE PERSOONSgegevens.....	p.17

1. AAN UW CONTRACT GERELATEERDE DIENSTVERLENING

1.1. RECHTSTREEKSE BETALING VAN UW KOSTEN BIJ ZIEKENHUISOPNAME VAN LANGER DAN 24 UUR

Dankzij deze dienstverlening hoeft u niet zelf uw kosten voor *ziekenhuisopname* te betalen. Op eerste verzoek daartoe nemen wij contact op met de zorginstelling waar u wordt opgenomen en zorgen wij vervolgens voor de betaling van de factuur voor uw verblijf in het ziekenhuis.

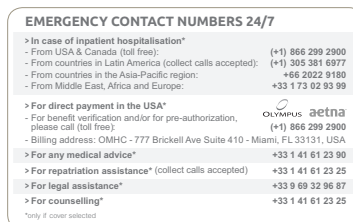
Wij wijzen u erop dat u verplicht bent om vóór elke *ziekenhuisopname* contact met ons op te nemen. In geval van niet-naleving van deze formaliteit houden wij een *eigen risico* van 20% op uw vergoeding in.

Om er zeker van te zijn dat uw verblijf wordt vergoed, verzoeken wij u door uw arts het formulier "attestation médicale confidentielle" te laten invullen, met vermelding van de reden van de *ziekenhuisopname*, en dit formulier naar onze adviserend geneeskundige te sturen. Voor nadere uitleg hieromtrent, zie paragraaf 8.2.

Om voor rechtstreekse betaling van uw kosten bij ziekenhuisopname van langer dan 24 uur in aanmerking te komen, kunt u een van de volgende nummers bellen:

- uit Latijns-Amerika (+1) 305 381 6977 (collect call),
- uit landen in de regio Azië-Pacifc, +66 2022 9180,
- uit landen in het Midden-Oosten, Afrika en Europa, +33 (0)1 73 02 93 99.

Deze telefoonnummers zijn ook vermeld op uw verzekeringspas, die bij ingang van de verzekering ontvangt:



1.2. CALLCENTER VOOR MEDISCH ADVIES

24 uur per dag, 7 dagen per week staat een team van artsen voor u klaar om al uw medische vragen te beantwoorden (uitleg over een diagnose, informatie over gelijksoortige geneesmiddelen in het buitenland, enzovoort).

U kunt bellen met +33 (0)1 41 61 23 90 om gebruik te maken van deze Callcenter voor medisch advies.

1.3. ONLINE DIENSTVERLENING

Op de website www.april-international.com, hebt u toegang tot uw persoonlijke accountpagina op internet (espace client).

Indien u de **hoofdverzekerde bent, kunt u:**

- uw declaratie- en dekkingsoverzichten, alsmede deze Algemene Voorwaarden, raadplegen,
- uw persoonlijke en bankgegevens bekijken,
- met behulp van "Easy Claim" online een declaratie indienen.

De voor uw declaraties benodigde formulieren kunt u downloaden (zie paragraaf 8):

- Formulier voor *vertrouwelijke medische verklaring* (voorafgaand aan elke *ziekenhuisopname* door uw arts in te vullen);
- Formulier voor een *verzoek voorafgaande toestemming* (door uw arts in te vullen voordat u bepaalde zorg of behandelingen ontvangt);
- Declaratieformulier (met uw facturen en medische recepten mee te zenden).

Als u **verzekeringnemer bent, kunt u de volgende zaken raadplegen:**

- uw persoonlijke gegevens en de gegevens van uw verzekeringsadviseur;
- uw *premies* en uw betalingswijze;

1.4. WAAR KUNT U UW DECLARATIE, UW VERZOEK VOORAFGAANDE TOESTEMMING OF UW VERTROUWELIJKE MEDISCHE VERKLARING NAARTOE STUREN?

Om een declaratie te versturen (zie paragraaf 8.4):

> **In digitale vorm, voor ziektekosten tot € 400:**

Met behulp van de App Easy Claim (gratis te downloaden via App Store of Google Play) kunt u uw zorgnota's (en andere stukken) indienen voor rekeningen van maximaal € 400.

Onze afdeling Vergoedingen (service Remboursements) neemt uw aanvraag dan rechtstreeks in behandeling. **U bewaart zelf de originelen van uw nota's.** Wanneer u de App voor de eerste keer gebruikt, krijgt u uitleg over de werkwijze en de gebruiksvoorwaarden. Deze instructies kunt u ook tijdens later gebruik van de App weer raadplegen.

Deze optie is ook beschikbaar op uw persoonlijke accountpagina op internet (Espace Client), in de rubriek "Uw vergoedingen" ("Vos remboursements").

> Via de post:

Vul het declaratieformulier **in en voeg hierbij de originele facturen en medische recepten**; stuur het geheel vervolgens naar:

APRIL International Care France

Service Courrier
1 rue du Mont
CS 80010
81700 Blan
FRANKRIJK

Om een verzoek voorafgaande toestemming of een vertrouwelijke medische verklaring te verzenden:

Voor bepaalde medische verrichtingen is *voorafgaande toestemming* van onze Verzekeringsarts nodig (6 maanden geldig). Voordat u ergens zorg ontvangt, moet U ons dus een uitgebreide prijsopgave en een formulier genaamd "Verzoek voorafgaande toestemming" toezenden, waar bovenstaand adres of per e-mail aan neds.exp@april-international.com (zie paragraaf 8.3). Bij *ziekenhuisopname* het formulier "attestation médicale confidentielle" door uw arts laten invullen. (zie paragraaf 8.2).

Wij behouden ons de mogelijkheid voor om eventuele andere bewijsstukken te verlangen die wij noodzakelijk achten voor een juiste beoordeling van de dekking uit hoofde van dit contract.

2. DEFINITIES

Elke hieronder vermelde term heeft, wanneer deze cursief is geschreven, de volgende betekenis:

- A AANGESLOTEN INSTELLING:** erkende instelling die aan verzekerden zorg mag verlenen en een overeenkomst heeft gesloten met een Franse ziekenfonds.
- B BASIS VOOR VERGOEDING VAN HET FRANSE ZIEKENFONDS (VBV):** verplichte basis voor vergoeding door het Franse ziekenfonds voor ingrepen verricht c.q. recepten uitgeschreven door zorg verleners. Deze vergoeding varieert afhankelijk van de sector waar de zorg verlener of het ziekenhuis onder valt. Bij geneesmiddelen waarvoor een generieke variant beschikbaar is, wordt de basis voor vergoeding berekend aan de hand van een *vast referentietarief* dat overeenkomt met de prijs van een generiek geneesmiddel.
- E EIGEN BIJDRAGE (TICKET MODÉRATEUR):** eigen bijdrage die resteert na vergoeding door het Franse ziekenfonds.
EIGEN RISICO: bedrag dat bij de betaling van een *schade* voor uw rekening komt.
- H HOOFDVERZEKERDE, "U":** natuurlijke persoon welke tot de verzekering is toegelaten.
- I INGANGSDATUM:** datum waarop de verzekering ingaat. Deze datum wordt op het *verzekeringbewijs* vermeld.
- 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 ziektekostendeckking 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.
- 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, partner 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 *schade* 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 *verzekeringssnemer* wordt betaald als tegenprestatie voor de door de verzekeraar geboden dekking.

- R RECHTSTREEKSE BETALING VAN DE KOSTEN VOOR ZIEKENHUISOPNAME:** bij ziekenhuisopname van langer dan 24 uur komt *u* met uw APRIL International-pas of door de in paragraaf 1.1. vermelde noodnummers te bellen in aanmerking voor rechtstreekse vergoeding van de kosten voor *ziekenhuisopname*, zonder zelf iets vooruit te betalen.
- REDELIJKE, GEBRUIKELIJKE KOSTEN:** de zorgkosten worden als redelijk en gebruikelijk beschouwd als ze de gewoonlijk gehanteerde tarieven voor een identieke handeling of behandeling op de plaats waar ze worden verricht niet overschrijden. Onze databanken die al meer dan 20 jaar voortdurend worden voorzien van de referentietarieven, worden elk jaar bijgewerkt.
- 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 begunstigen alsmede 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 artsen.
- TARIEF ONGEBONDEN ARTS:** vergoedingsbasis van de verplichte verzekering, vastgesteld tussen het Franse ziekenfonds en de verenigingen van zorgverleners voor niet-aangesloten artsen.
- U UITSLUITINGEN:** wat niet door het verzekeringscontract wordt gedekt. Alle contracten bevatten uitsluitingen van dekking.
- V VAST DAGBEDRAG:** deel van de dagprijs bij *ziekenhuisopname* dat niet door het Franse ziekenfonds wordt gedekt.
- VAST REFERENTIE TARIEF:** de prijs die is vastgesteld voor een merkloos geneesmiddel. Tarief op basis waarvan de Verplichte verzekering merkloze geneesmiddelen vergoedt.
- VERTROUWELIJKE MEDISCHE VERKLARING (ATTESTATION MEDICALE CONFIDENTIELLE):** Door uw arts ingevulde medische vragenlijst die u voorafgaand aan elke *ziekenhuisopname* aan ons dient toe te sturen (of bij een *ongeval* of medische spoedgeval zo snel mogelijk) om onze *voorafgaande toestemming* te verkrijgen. In geval van niet-naleving van deze formaliteit houden wij *een eigen* risico van 20% in op de vergoeding.
- 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 ten laste komende kinderen.
- VERZEKERINGSBEWIJS:** document geldig als verzekeringsbewijs, dat *wij* aan de verzekeringsnemer verstrekken, dat de ondertekening van het contract Ned's Expat bevestigt en met name vermeldt de *verzekerden*, de *Ingangsdatum* en gekozen aanbod en formule. Het verzekeringsbewijs is overeenkomstig de bijzondere voorwaarden van het contract.
- 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 Axéria Prévoyance is aangegaan.
- VERZOEK OM VOORAFGAANDE TOESTEMMING:** formulier dat door uw arts wordt ingevuld en waarmee onze *voorafgaande toestemming* voor bepaalde verrichtingen of behandelingen kan worden verkregen.
- VOORAF BESTAANDE ZIEKTE:** medische aandoening die zich voor de datum van ondertekening van uw verzekeringsaanvraag (met het daarvan deel uitmakende gezondheidsprofiel) heeft voorgedaan. Wordt beschouwd als *vooraf bestaande* ziekte elke aandoening van het type waarvan *U* kennis had, of waarvan *u* redelijkerwijs kennis had kunnen hebben op het ogenblik van ondertekening van onderhavig contract.
- VOORAFGAANDE TOESTEMMING:** voor bepaalde medische verrichtingen is *voorafgaande toestemming* van onze verzekeringsarts nodig. Voordat u ergens zorg ontvangt, moet *u* ons dus een nauwkeurige prijsopgave en een formulier genaamd "*verzoek voorafgaande toestemming*" toezenden. In het geval van een *ziekenhuisopname* dient uw arts het formulier "*vertrouwelijke medische verklaring*" in te vullen.
- 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.
- WIJ:** APRIL International Care France.
- Z ZIEKENHUISOPNAME:** verblijf (vanwege medische of chirurgische redenen) in een (openbaar of particulier) ziekenhuis naar aanleiding van een *ongeval*, *onvoorziene ziekte* of *ziekte*, waarbij u een bed krijgt toegewezen.
- ZIEKTE:** elke verandering in de gezondheid geconstateerd door een bevoegde medische autoriteit.

3. DEKKINGEN EN TERRITORIALITEIT VAN UW CONTRACT

3.1. WAT WORDT DOOR UW CONTRACT GEDEKT?

De ondertekening van onderhavig contract garandeert u, overeenkomstig gekozen aanbod of formule vermeld op het *verzekeringsbewijs*, vergoeding van uw zorgkosten vanaf de 1^e uitgegeven euro.

3.2. WAAR BENT U GEDEKT?

De dekkingen gelden in Frankrijk op jaarbasis. U bent gedekt bij tijdelijk verblijf van maximaal 90 achtereenvolgende dagen wereldwijd (**behalve de VS en Canada**) en in uw *land van nationaliteit*. De vergoedingsniveaus voor zorg in het buitenland staan vermeld in het dekkingsoverzicht (zie paragraaf 8).

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

De volledige lijst van uitgesloten landen is beschikbaar op de website www.april-international.com of op verzoek via +33 (0)1 56 98 30 87, of per e-mail naar neds.exp@april-international.com. Deze lijst van uitgesloten landen kan variëren.

4. WIE KAN EEN VERZEKERING AFSLUITEN?

Om voor verzekering in aanmerking te komen, moet u:

- op de *ingangsdatum* van het contract jonger zijn dan 71 jaar bij keuze van de formule ziekenhuisopname,
- Nederlandse nationaliteit hebben (in geval van een (echt)paar 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),
- niet in aanmerking komend voor de PUMA of in afwachting van uw inschrijving bij een Frans sociale zekerheidsstelsel,
- de in het contract bedoelde medische formaliteiten hebben vervuld en met name het gezondheidsprofiel uiterlijk zes maanden voor de *ingangsdatum* van het contract hebben ingevuld en ondertekend.

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 *verzekeringnemer*, alsmede op de goede trouw van de partijen. Het verzekeringscontract kan uitsluitend worden gesloten na onze medische acceptatie. Wij behouden ons de mogelijkheid voor om -afhankelijk van de in het gezondheidsprofiel gegeven antwoorden - aanvullende medische formaliteiten te verlangen. Als u (of een lid van uw gezin) een ernstig risico vertoont (beroeps of medisch) kunnen wij genoodzaakt zijn, ofwel u te accepteren maar op bijzondere voorwaarden, ofwel u te weigeren.

Franse algemene ziektekostendekking (Protection Universelle Maladie - PUMA)

Met uitzondering van afwijkende gevallen, indien U sinds minimaal drie maanden in Frankrijk woont, en daarna minimaal 6 maanden per jaar, en/of U er als werknemer of anderszins een activiteit uitvoert, kan het zijn dat verplichte aansluiting bij het Franse sociale zekerheidssysteem op U van toepassing is.

Indien U bij APRIL een verzekering vanaf de eerste euro hebt afgesloten en U vervolgens voldoet aan de voorwaarden van deze verplichte deelname, kunnen Wij uw verzekering aanpassen door een dekking in aanvulling op de verplichte Franse verzekering aan te bieden. Het is aan U om te controleren of dit op u van toepassing is en of u recht hebt op deelname aan de PUMA. Meer informatie over de voorwaarden voor inschrijving vindt u op: <http://www.securite-sociale.fr/La-mise-en-place-de-la-Protection-Universelle-Maladie-PUMA-au-1er-janvier-2016>

5. INGANGSDATUM, LOOPTIJD EN OPZEGGING VAN HET CONTRACT

5.1. WANNEER BEGINT UW CONTRACT TE LOPEN?

Op de datum vermeld op het *verzekeringsbewijs* niet eerder dan de 16^e van de maand of de 1^e dag vvan de maand na ontvangst van het volledig aanmeldingsdossier (inclusief de ingevulde en getekende Gezondheidsvragenlijsten (profielen) van alle Verzekerden en de verzekeringsaanvraag), op voorwaarde dat de eerste *premie* betaald is en dat onze acceptatie bevestigd is door afgifte van het *verzekeringsbewijs* met hierop vermeld gekozen formule en aanbod.

Indien een medisch onderzoek nodig is in het kader van uw aanvraag, zal uw polis op zijn vroegst ingaan op de 16^e van de maand, of de 1^e van de maand volgende op de acceptatie van uw medisch dossier.

5.2. VOOR UW CONTRACT GELDENDE WACHTTIJDEN

Voor de formule Integraal:

De dekking voor tandheelkundige zorg, zoals beschreven in het vergoedingsoverzicht, 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 Ned's Expat contract in de loop van de maand voorafgaand aan de *Ingangsdatum* van het contract. De opheffing van de dekkingslimiet is onderworpen aan onze goedkeuring na bestudering van het *Royementsbewijs* dat u ons moet hebben toegestuurd samen met een overzicht van de dekkingen waar u eerder recht op had.

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*.

Alle kosten die zijn gemaakt voor behandelingen of verrichtingen voorafgaand aan de datum van inwerkingtreding van het contract of tijdens de wachttijden, worden definitief uitgesloten van dekking en geven geen recht op enige vergoeding.

5.3. DEKKINGSDUUR EN VERNIEUWING VAN UW CONTRACT

De dekking ingevolge dit contract loopt tot 31 december van het jaar waarin het contract van kracht is geworden. Zolang het contract van kracht blijft, wordt het jaarlijks op 1 januari stilzwijgend voor de duur van een jaar verlengd. Vanaf de ingangsdatum van het contract is uw dekking permanent. Dit houdt in dat de verzekeraar het contract uitsluitend kan ontbinden in de gevallen genoemd in de paragraaf 5.4

5.4. BEËINDIGING VAN DE DEKKING VINDT PLAATSA

- in geval van opzegging door de *verzekeringnemer* op de jaarlijkse termijn per 31/12, per aangetekende brief met een opzegtermijn van minstens twee maanden (dat wil zeggen op zijn laatst verstuurd op 31/10).
- bij verzuim de *premies* te betalen (zie paragraaf 6.3);
- 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 Verzekeringnemers op de hoogte te stellen);
- zodra u niet meer aan de voorwaarden voor de verzekering voldoet (zie paragraaf 4);
- wanneer u niet meer in Frankrijk woont, op vertoon van een officieel document waaruit dit blijkt (bijvoorbeeld een kopie van uw nieuwe arbeidscontract);
- 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 c) verbindt de verzekeraar zich om op verzoek van de *verzekeringnemer* 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 L113-8 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 vermindert 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.

5.5. OPZEGGING VAN UW CONTRACT

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

Indien de Aanmelder zich aangemeld heeft als gevolg van huis-aan-huis verkoop:

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 opgave 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."

Indien de Aanmelder zich op afstand aangemeld heeft (per telefoon of via internet):

De Aanmelder kan gedurende een termijn van 14 dagen te rekenen vanaf de ontvangst van het Verzekeringsbewijs zijn aanmelding intrekken.

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 19 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 «Ned's Expat» n°..... in te trekken. Opgemaakt in op Handtekening »

De dekkingen vervallen op de dat 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.

6. PREMIES

6.1. 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.

De belastingen die ten laste van de *verzekeringsnemer* 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. Bij de samenstelling van de groep wordt uitgegaan van de bereikte leeftijd van elke *Verzekerde*, het aanbod en de gekozen formule 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 *verzekeringsnemer*, wordt bij de berekening van de *premie* rekening gehouden met de leeftijd van de *verzekerde* op de ingangsdatum van de genoemde wijziging.

6.2. BETAALWIJZEN

Premies moeten vooraf in euro's worden betaald. Dit kan - in overeenstemming met de door de Aanmelder op de Aanmeldingsaanvraag gedane keuze van betalingswijze - per jaar, half jaar, trimester of maand, middels een SEPA-incasso op een bankrekening in euro's gehouden in een land van de SEPA-zone, of jaarlijks, middels een cheque.

6.3. WAT GEBEURT ER INDIEN DE PREMIE NIET WORDT BETAALD?

Indien de *premie* binnen 10 dagen na de premievervaldag niet is betaald, sturen wij de *verzekeringsnemer* 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 Verzekeringwetboek, 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 *verzekeringsnemer*.

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.

7. VERLOOP VAN UW CONTRACT

7.1. HOE WIJZIGT U UW CONTRACT?

De verzekeringsnemer 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 moet het Lid contact opnemen met zijn verzekeringsadviseur, bij wie hij zijn contract heeft afgesloten.

In geval van uitbreiding van de dekking dient u de in het contract voorziene aanvullende medische formaliteiten te vervullen.

In geval van wijziging van aanbod of formule tijdens de verzekering zijn vaste dekkingsbedragen (tandheelkunde, brillen en contactlenzen, enz.) niet cumulatief.

Pasgeboren kinderen: de geboorteaangifte dient binnen een maand na de geboorte naar ons te worden toegezonden. Bij verzuim dit te doen wordt een gezondheidsprofiel verlangd en kan de aanmelding van de pasgeborene pas ingaan op de 1^e dag van de maand volgend op de medische acceptatie.

7.2. WELKE INFORMATIE MOET U AAN ONS DOORGEVEN?

De *verzekerde* en *verzekeringsnemer* moeten ons schriftelijk op de hoogte stellen van wijzigingen in de status, situatie, woonplaats (**brieven gericht aan het laatst bekende adres zijn rechtsgeldig**) evenals bij verandering van beroepsactiviteit of van aansluiting bij een verplichte Franse ziektekostenverzekeringsregeling.

In geval van zwangerschap wordt u verzocht om ons een zwangerschapsverklaring toe te sturen.

8. WAT WORDT DOOR HET CONTRACT GEDEKT EN HOE KUNT U CLAIMEN?

Dubbele verzekering

De vergoedingen van de verzekeringsmaatschappij en alle andere openbare of particuliere instanties kunnen niet hoger zijn dan de werkelijk gemaakte kosten. De cumulatieve 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.

OP STRAFFE VAN VERVAL MOET U DE CUMULATIEVE VERZEKERINGEN OPGEVEN. DEZE VERPLICHTING IS GELDIG GEDURENDE DE VOLLEDIGE LOOPTIJD VAN HET CONTRACT.

De beperking van de vergoeding tot het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten wordt voor elke verzekerde post of verrichting vastgesteld door de verzekeraar.

8.1. AARD EN HOOGTE VAN DE VERGOEDINGEN

De zorgkosten worden vergoed binnen de grenzen van de werkelijke kosten en van de redelijke en gebruikelijke kosten in het land waar ze worden gemaakt.

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 (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 zorgprofessionals 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 *schadegeval* zich heeft voorgedaan. Uitsluitend de kosten die betrekking hebben op verrichtingen die gedurende de dekkingsperiode zijn uitgevoerd, kunnen worden vergoed.

Twee formules 'zorgkosten' worden aangeboden, afhankelijk van het gewenste dekkingsniveau: de formule Ziekenhuisopname en de formule Integraal. Elke formule omvat twee aanbiedingen afhankelijk van uw eisenniveau: optie 150 en optie 300.

De kosten worden vergoed vanaf de 1^e euro, per post volgens gekozen aanbod en formule, vermeld op uw *verzekeringsbewijs*, overeenkomstig het dekkingsoverzicht.

Maxima

Het cumulatieve bedrag van de door de verzekeraar uitgekeerde vergoedingen is, per verzekerde en per verzekeringsjaar, beperkt tot het voor elk van de opties in het dekkingsoverzicht vermelde bedrag.

FORMULE ZIEKENHUISOPNAME

DEKKING

AANBIEDINGEN	OPTIE 150	OPTIE 300
--------------	-----------	-----------

Het maximale bedrag van de zorgkosten per verzekeringsjaar en per verzekerde: € 1.000.000

ZIEKENHUISOPNAME*: *wachttijd 3 maanden***

Chirurgische en medische <i>ziekenhuisopname</i> (behoudens cosmetische chirurgie)	150% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>	300% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>
Plastische chirurgie	100% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>	200% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>
Kosten ziekenvervoer	100% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i> (behoudens thermale kuren)	
<i>Vast dagbedrag</i>	100% van de <i>werkelijke kosten</i> (met een maximum van 90 dagen in een psychiatrische zorginstelling)	
Eénpersoonskamer (geen vergoeding bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis)	€ 30 per dag (maximum 90 dagen per jaar per <i>verzekerde</i>) – telefoon- en internetkosten inbegrepen	100% van de <i>werkelijke kosten</i> (maximum 120 dagen per jaar per <i>verzekerde</i>) – telefoon- en internetkosten vergoed tot € 25/dag
Begeleidingskosten (kind jonger dan 16 jaar) (geen vergoeding bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis)	€ 23 per dag (maximum 90 dagen per jaar per <i>verzekerde</i>)	100% van de <i>werkelijke kosten</i> (maximum 120 dagen per jaar per <i>verzekerde</i>)

COURANTE MEDISCHE ZORG BIJ EEN ONGELUK

Vast bedrag courante medische zorg: radiologie, onderzoeken, technische medische handelingen, apotheekkosten	100% van de <i>werkelijke kosten</i> , tot € 50/verrichting en tot € 750/jaar	100% van de <i>werkelijke kosten</i> , tot € 75/verrichting en tot € 1.000/jaar
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

* Voor elke *ziekenhuisopname* moet *voorafgaande toestemming* gegeven worden. In geval van niet-naleving van deze formaliteit voorafgaand aan een *ziekenhuisopname*, houden wij een *eigen risico* van 20% in op de vergoeding (zie paragraaf 8.2 en 8.3).

** *Wachttijd* vervalt bij een ongeluk of indien u eerder een gelijkwaardige of hogere dekking had, die minder dan een maand tevoren is opgezegd, na overlegging van een bewijs van de tot dan toe bestaande dekking alsmede het desbetreffende royementsbewijs.

Raadpleeg paragraaf 5.2. voor de bepalingen voor vergoeding van uw zorg tijdens de wachttijd.

FORMULE INTERGRAAL

DEKKING

OPTIES	OPTIE 150	OPTIE 300
--------	-----------	-----------

Het maximale bedrag van de zorgkosten per verzekeringsjaar en per verzekerde: € 1.000.000

ZIEKENHUISOPNAME*

Chirurgische en medische ziekenhuisopname (behoudens cosmetische chirurgie)	150% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>	<i>Aangesloten zorginstellingen : 100% van de werkelijke kosten Overige : 90% van de werkelijke kosten</i>
Plastische chirurgie	100% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>	200% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>
Kosten ziekenvervoer	100% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i> (behoudens thermale kuren)	
Vast dagbedrag	100% van de <i>werkelijke kosten</i> (met een maximum van 90 dagen in een psychiatrische zorginstelling)	
Eénpersoonskamer	€ 30 per dag (maximum 90 dagen per jaar per <i>verzekerde</i>) telefoon- en internetkosten inbegrepen	100% van de <i>werkelijke kosten</i> (maximum 120 dagen per jaar per <i>verzekerde</i>) telefoon- en internetkosten vergoed tot € 25/dag
Begeleidingskosten (kind jonger dan 16 jaar)	€ 23 per dag (maximum 90 dagen per jaar per <i>verzekerde</i>)	100% van de <i>werkelijke kosten</i> (maximum 120 dagen per jaar per <i>verzekerde</i>)

MEDISCHE ZORG

Medische honoraria (K-behandelingen)	150% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>	300% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>
Apotheekkosten	100% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i> of van het <i>vast referentietarief</i>	
Medische hulpmiddelen**, analyses, radiologie	150% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>	300% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>
Kosten ziekenvervoer**	100% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>	

TANDHEELKUNDE *Wachtermijn 6 maanden****

Tandheelkundige zorg en behandeling	150% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>	300% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>
Orthodontische hulp**	150% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>	300% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>
Protheses**	150% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i> (1 ^e jaar max. € 382 /jaar/verzekerde, vanaf het 2 ^e jaar: max. € 763 /jaar/verzekerde)	300% van de <i>basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds</i>

* Voor elke *ziekenhuisopname* moet *voorafgaande toestemming* gegeven worden. In geval van niet-naleving van deze formaliteit voorafgaand aan een *ziekenhuisopname*, houden wij een *eigen risico* van 20% in op de vergoeding (zie paragraaf 8.2 en 8.3).

** Onderworpen aan *Voorafgaande toestemming* (zie paragraaf 8.2 en 8.3).

*** Wachttijd vervalt indien U eerder een gelijkwaardige of hogere dekking had, die minder dan een maand tevoren is vervallen, na overlegging van een bewijs van de tot dan toe bestaande dekking alsmede het desbetreffende roeymentsbewijs.

FORMULE INTERGRAAL (VERVOLG)

DEKKING

OPTIES	OPTIE 150	OPTIE 300
--------	-----------	-----------

Het maximale bedrag van de zorgkosten per verzekeringsjaar en per verzekerde: € 1.000.000

BRILLEN EN CONTACTLENZEN

Glazen	Vaste vergoeding van € 46 per jaar per verzekerde	Vaste vergoeding van € 77 per jaar per verzekerde
Monturen	Vaste vergoeding van € 46 per jaar per verzekerde	Vaste vergoeding van € 77 per jaar per verzekerde
Contactlenzen: (wel of niet vergoed) of gewerplenzen	Vaste vergoeding van € 46 per jaar per verzekerde	Vaste vergoeding van € 77 per jaar per verzekerde
Refractiechirurgie	Vast bedrag van € 100	Vast bedrag van € 100

AANVULLENDE DEKKING

Osteodensitometrie (indien door het Franse ziekenfonds vergoed)	150% van de basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds	300% van de basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds
Osteopathische en chiropractische zorg	€ 25 per sessie (max. € 75 per jaar per verzekerde)	€ 30 per sessie (max. € 150 per jaar per verzekerde)
Thermale kuren (indien door het Franse ziekenfonds vergoed)**	Forfaitaire vergoeding van € 153 per jaar per verzekerde	Forfaitaire vergoeding van € 229 per jaar per verzekerde
Hulpmiddelen, orthopedische kosten, gehoorprotheses**	150% van de basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds	Refractiechirurgie

MEDISCHE ZORG IN HET BUITENLAND

	In het land waarvan u de nationaliteit heeft	
Bij medische of chirurgische ziekenhuisopname	150% van de basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds	90% van de werkelijke kosten
	in de rest van de wereld (excl. USA/Canada) uitsluitend in geval van een Ongeluk of van Onvoorziene ziekte	
	150% van de basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds	90% van de werkelijke kosten

Alle zorg buiten medische of chirurgische Ziekenhuisopname wordt vergoed onder dezelfde voorwaarden als de zorg verleend in Frankrijk.

* Voor elke ziekenhuisopname moet voorafgaande toestemming gegeven worden. In geval van niet-naleving van deze formaliteit voorafgaand aan een ziekenhuisopname, houden wij een eigen risico van 20% in op de vergoeding (zie paragraaf 8.2 en 8.3).

** Onderworpen aan Voorafgaande toestemming (zie paragraaf 8.2 en 8.3).

*** Wachtijd vervalt indien U eerder een gelijkwaardige of hogere dekking had, die minder dan een maand tevoren is vervallen, na overlegging van een bewijs van de tot dan toe bestaande dekking alsmede het desbetreffende roeymentsbewijs.

8.2. WAT TE DOEN IN GEVAL VAN EEN ZIEKENHUISOPNAME?

Voor elke ziekenhuisopname moet voorafgaande toestemming gegeven worden.

Om deze voorafgaande toestemming te verkrijgen, moet u door uw arts een formulier genaamd "Attestation médicale confidentielle" laten invullen, uiterlijk **5 dagen vóór uw opname in het ziekenhuis**.

Neem in geval van een spoedopname in het ziekenhuis zo snel mogelijk contact met ons op, zodat wij u dit formulier kunnen toezenden.

Het formulier "Attestation médicale confidentielle" is verkrijgbaar in uw persoonlijke accountpagina op internet (Espace Client) op de site www.april-international.com of op verzoek, telefonisch op nummer +33 (0)1 56 98 30 87 of per e-mail naar neds.expat@april-international.com.

Dit formulier, met daarin vermeld de reden van uw *ziekenhuisopname*, de data en aard van de klacht en de datum waarop de eerste symptomen of de omstandigheden van het *ongeval* zich voordeden (met, in dit geval, een verslag van het *ongeval* ter staving) moet worden **gericht aan onze verzekeringsarts**, samen met alle andere documenten die relevant zijn om uw dossier te bestuderen:

- per fax: +33 (0)1 73 02 93 60
- per e-mail: hospitalisation.expats@april-international.com
- per post: Médecin Conseil - APRIL International Care France - Service Courrier -1 rue du Mont, CS 80010 - 81700 Blan FRANKRIJK.

In geval van niet-naleving van deze formaliteit betreffende de *voorafgaande toestemming*, houden wij een *eigen risico* van 20% in op de vergoeding van uw rekening (behalve bij een *ongeval* of medisch spoedgeval).

Voor rechtstreekse betaling van de kosten van uw ziekenhuisopname van meer dan 24 uur

Wij kunnen een *rechtstreekse betaling* doen van de kosten van uw *ziekenhuisopname* van meer dan 24 uur aan het ziekenhuis waar u bent opgenomen. We zullen hiervoor rechtstreeks contact met het ziekenhuis opnemen.

Voor het aanvragen van een rechtstreekse betaling van de kosten van uw ziekenhuisopname of aanvullende informatie voorafgaand aan uw ziekenhuisopname, kunt u de volgende noodnummers gebruiken (ook vermeld op uw verzekeringskaart):

- uit Latijns-Amerika (+1) 305 381 6977 (collect call),
- uit landen in de regio Azië-Pacific, +66 2022 9180,
- uit landen in het Midden-Oosten, Afrika en Europa, +33 (0)1 73 02 93 99.

In alle gevallen zullen wij u vragen om ons de facturen en ziekenhuisverslagen voor uw verblijf in het ziekenhuis te sturen.

Als de kosten van uw *ziekenhuisopname* niet rechtstreeks betaald zijn, leest u in paragraaf 8.4. hoe u de factuur die u zelf hebt betaald vergoed kunt krijgen.

8.3. HOE MOET EEN VERZOEK OM VOORAFGAANDE TOESTEMMING VOOR BEPAALDE ZORGVORMEN OF BEHANDELINGEN WORDEN AANGEVRAAGD?

Voor sommige medische verrichtingen of behandelingen is de *voorafgaande toestemming* van onze adviserend geneeskundige vereist (deze toestemming is 6 maanden geldig). Hiertoe moet u - vóór aanvang van de behandeling - door de arts die de behandeling voorschrijft een *verzoek om voorafgaande toestemming* laten invullen, vergezeld van een gedetailleerde kostenopgave.

U kunt het formulier "*verzoek om voorafgaande toestemming*" via uw Persoonlijke accountpagina op internet (Espace Client) op www.april-international.com downloaden of telefonisch aanvragen op nummer +33 (0)1 56 98 30 87 of per e-mail naar neds.expat@april-international.com.

Voorafgaande toestemming is vereist voor:

- ziekenhuisopnames (inclusief bevalling),
- vervolgbehandelingen (fysiotherapie, e.d.) vanaf meer dan 20 sessies per *verzekeringjaar*,
- vervoerskosten buiten *ziekenhuisopname*,
- orthodontische behandelingen,
- tandprothesen die meer kosten dan € 1 200,
- hulpmiddelen en prothesen die meer kosten dan € 400,
- thermale kuren.

Uw Verzoek voorafgaande toestemming dient naar het volgende adres te worden gestuurd:

APRIL International Care France

Service Courrier
1 rue du Mont
CS 80010
81700 Blan
FRANKRIJK
E-mail : neds.expat@april-international.com

8.4. HOE MOET EEN DECLARATIE WORDEN INGEDIEND?



Voor uw declaraties:

> In digitale vorm, voor ziektekosten tot € 400 per nota:

Met behulp van onze App Easy Claim, te downloaden via App Store of Google Play, of via uw persoonlijke accountpagina, kunt u ons uw ingevulde aanvraag sturen.

U bent verplicht **uw originele nota's tot 2 jaar na de declaratiedatum te bewaren**. Deze kunnen voor de behandeling van uw verzoek opgevraagd worden.

> Via de post:

U kunt een declaratieformulier (demande de remboursement) verkrijgen via u persoonlijke accountpagina (Espace Client) op www.april-international.com, door te bellen met +33 (0)1 56 98 30 87 of via het e-mail adres neds.exp@april-international.com. U kunt dit formulier ingevuld aan ons terugsturen binnen 6 maanden na de datum waarop de zorg verkregen is.

Gelieve uw vergoedingsaanvragen naar het volgende adres te sturen:

APRIL International Care France

APRIL International Care France
Service Courier
1, rue du Mont
CS 80010
81700 Blan
FRANKRIJK

In alle gevallen dient u de volgende stukken mee te sturen met uw declaratie:

- de originelen van nota's voor voldane honoraria of kosten, gedateerde medische voorschriften en doktersrecepten waarop uw achternaam, voornamen, geboortedatum, het betreffende ziekte of aandoening, de data van consulten en zorg vermeld staan, alsmede de bijbehorende betalingsbewijzen. Op de doktersrecepten moeten duidelijk leesbaar de naam en de prijs van de medicijnen vermeld staan, en de lokale valuta-eenheid moet aangegeven zijn;
- in het geval van ziekenhuisopname dient u tevens het ziekenhuisrapport en de door uw arts ingevulde vertrouwelijke medische verklaring (*Attestation médicale confidentielle*) toe te voegen aan uw aanvraag. Gelieve er ook voor te zorgen dat op uw nota de kosten van een één- of tweepersoonskamer vermeld staan.

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.

Indien u het niet eens bent met het uitgekeerde bedrag, dient u APRIL International Care France hiervan binnen 6 maanden na de op het uitkeringsoverzicht vermelde datum op de hoogte te brengen.

U ontvangt uw vergoeding per overschrijving op een bankrekening in Frankrijk, zonder bijkomende kosten.

Bij elke vergoeding moeten de bepalingen uit paragraaf 8 in acht worden genomen.

9. WAT BUITEN HET CONTRACT VALT

Uitsluitingen specifiek voor de formule Ziekenhuisopname:

- verblijven op de afdeling gerontologie, in gespecialiseerde opvanginstellingen, sociaal-medische instellingen, instellingen voor zorgbehoevende ouderen (EHPAD), en medisch-pedagogische instellingen;
- verblijven in ziekenhuizen en vergelijkbare instellingen voor zorgbehoevende ouderen en in instellingen voor langdurende verblijf;
- vergoeding van de éénpersoonskamer en de begeleidingskosten bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Uitsluitingen voor zowel de formule Ziekenhuisopname als Integraal:

- alle kosten van behandelingen of verrichtingen die vóór de *ingangsdatum* van het contract of tijdens de *wachttijd* zijn voorgeschreven;
- uitgaven van medische en/of chirurgische aard die niet zijn voorgeschreven door een erkende *medische autoriteit* en die niet door het Franse ziekenfonds worden vergoed (behoudens andersluidende bepalingen in het dekkingsoverzicht);
- zorg waarvoor *voorafgaande toestemming* vereist is en die verleend is zonder *voorafgaande toestemming* (in het geval van een *ziekenhuisopname* wordt zonder *voorafgaande toestemming* een eigen risico van 20% op uw vergoeding ingehouden);
- kosten voor esthetische behandelingen, verjongings-, vermagerings- of verdikkingskuren en/of niet medisch onderbouwde thermale kuren;
- psychotherapeutische en psychoanalytische behandelingen alsmede behandelingen voor geestesziekten, depressies of zenuwziekten (behoudens verblijf in een psychiatrische instelling);
- bijkomende kosten, gelet op het land waar deze kosten worden gemaakt, overbodig, onredelijk of ongebruikelijk zijn;
- de kosten voor medische *ziekenhuisopname* of verblijf in een sanatorium of preventorium, wanneer de instellingen waar de *verzekerde* wordt verzorgd niet door de bevoegde overheidsautoriteit zijn erkend.

Eveneens zijn uitgesloten voor de formule Ziekenhuisopname en Integraal de gevolgen van:

- door de *verzekeringnemer* of *verzekerde* opzettelijk begane feiten en/of overtredingen van de wetgeving van het land waar de *verzekerde* verblijft;
- burgeroorlog of buitenlandse oorlog, oproer, opstanden, stakingen, piraterij en sabotage, vrijwillige deelname aan vechtpartijen en volksoptochten, ongeacht de plaats waar de gebeurtenissen zich voordoen en ongeacht de daders (behalve in geval van noodweer);
- zelfmoord of poging tot zelfmoord tijdens het eerste dekkingjaar, het gebruik van drugs of verdovende middelen zonder medisch recept;
- vrijwillige deelname door de Verzekeringnemer of de Verzekerde, aan terroristische daden, ongeacht de plaats waar de gebeurtenissen zich voordoen;
- alcoholgebruik of dronkenschap van de *verzekerde* (alcoholpromillage hoger dan het promillage dat bepaald is door de verkeerswetgeving die van kracht is op de datum van het *Ongeval* in het land waar het ongeval zich voordoet);
- rechtstreekse of indirecte gevolgen van de wijziging van de structuur van atoomkernen, klimatologische verschijnselen zoals stormen en orkanen, aardbevingen, overstromingen, vloedgolven en andere rampen, behoudens in het kader van vergoedingen bij natuurrampen;
- *ongevallen* of *vooral bestaande ziektes* daterend van voor de *ingangsdatum* van het contract, die recidieven kunnen vertonen of niet geconsolideerd zijn, of aangeboren ziektes of afwijkingen die niet vermeld zijn bij de aanmelding;
- het beoefenen van sporten die gevaar kunnen opleveren, zoals vliegen met ULMs, deltavliegen, parapente, autoracen, motorracen of karten, parachutespringen, bergklimmen, rotsklimmen (m.u.v. klimmuur), klettern, diepzeeduiken, behalve snorkelen op een diepte van minder dan 50 meter, speleologie, skeleton, schansspringen, bobsleeën, bungeejumpen, raften, canyoning, kitesurfen, ballonvaren, jetskiën, evenals de volgende sporten die off-piste worden beoefend: skiën, langlaufen, rodelen en snowboarden;
- deelname aan sportwedstrijden en trainingen, sportbeoefening op professionele basis in club- of verenigingsverband -, alsmede alle sporten waarbij land-, water- of luchtvoertuigen of (lucht)vaartuigen worden gebruikt;
- *ongevallen* in het luchtverkeer, behoudens wanneer de *verzekerde* zich in de enkele hoedanigheid van passagier aan boord bevindt van een toestel waarvoor de eigenaar en de piloot over alle toestemmingen en vergunningen beschikken;
- zeilen en pleziervaart in volle zee, particulier of op professionele basis (verder dan 200 zeemijl uit de kust);
- de uitoefening van beroepsactiviteiten op een olieplatform.

Behoudens toepassing van artikel L.113-8 en L.113-9 van de Franse Wet op de verzekeringen, hebben de dekkingen betrekking op de gevolgen van de invaliditeit of vooraf bestaande ziektes die zich voordeden voorafgaand aan de datum van ondertekening van de Verzekeringsaanvraag van het contract als ze zijn gemeld op genoemde verzekeringsaanvraag en niet vallen onder een bijzondere uitsluiting gemeld aan de *verzekerde* per post en aanvaard door de *verzekerde*.

10. ALGEMENE BEPALINGEN

10.1. WIE VERZEKERT UW CONTRACT?

Deze informatieve Algemene Voorwaarden hebben tot doel de dekkingen en uitkeringen te beschrijven uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst van de Neds' Expat groep die door CMUNF bij Axéria Prévoyance is gesloten (overeenkomst nr. APRMOB01091E). De verzekeringsmaatschappij voor dit contact is Axéria Prévoyance.

Axéria Prévoyance is een naamloze vennootschap met een kapitaal van € 31.000.000, met hoofdkantoor te 90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 3, FRANKRIJK, Handelsregister Lyon nr. 350 261 129.

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.

10.2. JURIDISCH KADER

De autoriteit belast met de controle van de verzekeringsmaatschappij is de Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), gevestigd 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 Paris Cedex 09, FRANKRIJK.

Het Ned's Expat contract bestaat uit de *verzekeraarsaanvraag*, deze Algemene Voorwaarden en het *verzekeringbewijs*. Deze valt onder de Franse wetgeving, met name het Franse Verzekeringwetboek.

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.

10.3. 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 Verzeerde tegen de verzekeraar een door een derde ingesteld beroep betreft, loopt de verjaringstermijn pas vanaf de dag dat die derde een rechtsvordering tegen de Verzeerde 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 begunstigten 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 Verzeerde.

Artikel L114-2 : «De verjaring wordt gestuit door een van de gewone oorzaken voor stuiting van verjaring, en door benoeming vaneen 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 Verzeerde, 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).

10.4. SUBROGATIE

De verzekeraar doet geen afstand van zijn (vorderings) rechten die hij ingevolge artikel L.121-12 van het Franse verzekeringswetboek als gesubrogeerde 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 derdebetalder optreedt.

10.5. KLACHT-BEMIDDELING

De kwaliteit van de diensten staat voor ons centraal, maar indien *u* een klacht wilt indienen over de geleverde diensten, kunt *u* zich tot uw gebruikelijke contactpersoon wenden.

Indien het antwoord u niet bevredigt, kunt U zich wenden tot onze Klantendienst:

Adres: APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKRIJK

E-mail: complain.expats@april-international.com

Ter informatie: onze verzekeraar-partner Axéria Prévoyance (90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, Frankrijk) heeft ons belast met de behandeling van klachten. *Wij* doen ons uiterste best om uw antwoord tegen geven binnen een maximale termijn van 48 werkuren en verplichten ons u op de hoogte te houden van het verloop van de behandeling van uw klacht binnen die termijn, indien om redenen buiten onze wil deze moet worden verlengd.

Indien het geschil niet opgelost is en geen enkele minnelijke schikking getroffen kan worden, kunt U zonder dat dit van invloed is op de andere juridische beroepsmogelijkheden waarover u beschikt, een beroep doen op de Mediateur - « La Médiation de l'Assurance » - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANCE.

De mediator kan worden ingeschakeld binnen een (1) jaar, overeenkomstig artikel L612-2 van het Wetboek van consumentenrecht.

Indien u onderhavig contract op afstand via internet afgesloten hebt, kunt U eveneens de hulp van de hiertoe bevoegde mediateur inroepen door het indienen van een klacht op het platform van de Europese Commissie voor het oplossen van geschillen op het volgende adres: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Wij delen u mede dat de gegevens die verzameld zijn voor de behandeling van uw klacht digitaal worden verwerkt door ons bedrijf om toezicht te kunnen houden op de behandeling van klachten en slechts kunnen worden doorgegeven aan de verzekeringsmaatschappij, de herverzekeraars en de holding APRIL, evenals aan onze dienstverleningspartners voor de uitvoering van uw dekkingen. APRIL International Care France, alsmede de verzekeraars of hun tussenpersonen, hebben de verzamelde informatie nodig voor het registreren, beheren en uitvoeren van de aanmeldingen. U beschikt over een recht van communicatie, rectificatie, bezwaar en schrappen van de gegevens die u betreffen (zie paragraaf 10.7).

10.6. WET OP DE PERSOONSGEGEVENS

De persoonlijke gegevens die verzameld worden door APRIL International Care France zijn onmisbaar voor de verwerking van de verzekeringsaanvraag.

Deze zijn onderworpen aan de Verordening (EU) n°2016/679 van 27 april 2016 betreffende de gegevensbescherming.

Deze gegevens worden digitaal verwerkt voor: onderzoek, afsluiting en beheer van verzekeringsovereenkomsten, het opleggen van de verplichte wet- en regelgevingen en de verbetering van producten of diensten.

Voorts voert APRIL International Care France een verwerking uit die de bestrijding tot doel heeft van verzekeringsfraude die kan leiden tot het opleggen van civiele, financiële en/of strafrechtelijke sancties en tot de inschrijving op een lijst met personen met een frauderisico.

Om te voldoen aan haar wettelijke verplichtingen voert APRIL International Care France tevens een controleverwerking uit die tot doel heeft de bestrijding van het witwassen van geld en de financiering van terrorisme, en het opleggen van financiële sancties daartegen.

Deze gegevens zijn bestemd voor de Verzekeraar en voor APRIL International Care France als zijnde verantwoordelijken van de verwerkingen.

Afhankelijk van de doeleinden kunnen de gegevens ook worden overgedragen aan hun partners, hun tussenpersonen evenals aan overheidsinstellingen overeenkomstig de wet.

De persoonsgegevens worden bewaard voor de duur die nodig is voor het doel van hun verwerking en overeenkomstig de wettelijke verjaringstermijnen.

De persoonsgegevens kunnen overgedragen worden buiten de Europese Unie. Deze overdrachten zijn onderworpen aan regels die de gegevens beschermen en beveiligen. Informatie over de overgedragen gegevens evenals over de geadresseerden is te verkrijgen door een verzoek in te dienen bij APRIL International Care France op bovenvermeld adres.

Overeenkomstig het bepaalde in EU-verordening n° 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de gegevensbescherming, beschikken de betrokken personen over een recht op toegang, op rectificatie, op beperking, op verwijdering, op verzet met een rechtsgeldige reden, over een recht op overdraagbaarheid van hun gegevens, evenals het recht om richtlijnen op te stellen met betrekking tot wat er met hun gegevens dient te gebeuren na hun overlijden, behoudens de gevallen waarin de regelgeving geen uitoefening van rechten toestaat.

Aangezien het ziekenfonds geadresseerde is van diverse informatie, kunne deze personen op elk moment schriftelijk bezwaar maken tegen het verzenden door laatstgenoemde van een kopie van de afschrijvingen van de verplichte verzekering, door te schrijven naar APRIL International Care France.

Om een of meerdere rechten uit te oefenen dient men een kopie van een identiteitsbewijs aan te leveren en contact op te nemen met de Afgevaardigde Gegevensbescherming van APRIL, hetzij per post, op het volgende adres: APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, Frankrijk of per e-mail aan dpo.AICF@april.com.

Overeenkomstig het bepaalde van artikel L561-45 van het Monetair en Financieel Wetboek, kunnen de personen van wie hun gegevens een controleverwerking ondergaan hun recht op toegang tot hun gegevens uitoefenen bij de Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Frankrijk.

Bij klachten over de verwerking van de persoonsgegevens kunt u contact opnemen met de Commission Nationale Informatique et Libertés op hun website www.cnil.fr of per post naar het hierboven vermelde adres.

Onder toepassing van het bepaalde in de artikelen L223-1 en verder van het Wetboek van Consumentenrecht, bestaat er een bel-me-niet register waarvoor de betreffende personen zich gratis kunnen inschrijven als zij bezwaar maken tegen telefonische benadering, door per post te schrijven naar: Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10300 TROYES ; of via de website van OPPOSETEL op het volgende adres: bloctel.gouv.fr.

Inschrijving op deze lijst verbiedt de Verzekeraar en APRIL International Care France echter niet om telefonisch contact met hen op te nemen in het kader van de bestaande contractuele relatie.

april International Care

Hoofdkantoor:
14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKRIJK
Tel: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail: info.expats@april-international.com - 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.
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



Insurance made easy.