

# CONDITIONS GÉNÉRALES 2021

---

Réf : Ma 2021

# MAGELLAN



L'assurance en plus facile.



Pour toute information relative à votre contrat, nous sommes à votre disposition du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 - Heure de Paris.

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : [info.expatri@april-international.com](mailto:info.expatri@april-international.com)

## SOMMAIRE

<b>1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT .....</b>	<b>P.3</b>
1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H .....	p.3
1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT .....	p.3
1.3. SERVICE DE TIERS PAYANT AUX ÉTATS-UNIS .....	p.3
1.4. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD (ÉTATS-UNIS, MEXIQUE) .....	p.4
1.5. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE .....	p.4
1.6. SERVICE DE 1 <sup>ER</sup> AVIS MÉDICAL .....	p.4
1.7. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE .....	p.4
1.8. SERVICES EN LIGNE .....	p.5
1.9. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ? .....	p.5
<b>2. DÉFINITIONS .....</b>	<b>P.6</b>
<b>3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT .....</b>	<b>P.8</b>
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ? .....	p.8
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ? .....	p.8
<b>4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ? .....</b>	<b>P.8</b>
<b>5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT .....</b>	<b>P.9</b>
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ? .....	p.9
5.2. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT .....	p.9
5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT .....	p.10
5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ? .....	p.10
5.5. QUE FAIRE SI VOTRE SÉJOUR EST ANNULÉ OU MODIFIÉ ? .....	p.10
5.6. QUE FAIRE EN CAS DE DIFFICULTÉ D'OBTENTION DE VISA ? .....	p.10
<b>6. COTISATIONS .....</b>	<b>P.11</b>
6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ? .....	p.11
6.2. LES MODES DE PAIEMENT .....	p.11
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ? .....	p.11
<b>7. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ? .....</b>	<b>P.11</b>
<b>8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ? .....</b>	<b>P.12</b>
8.1. FRAIS DE SANTÉ .....	p.12
8.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT .....	p.17
8.3. ASSISTANCE JURIDIQUE .....	p.20
8.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE .....	p.22
8.5. INDIVIDUELLE ACCIDENT .....	p.22
8.6. ASSURANCE BAGAGES .....	p.24
<b>9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT .....</b>	<b>P.24</b>
<b>10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....</b>	<b>P.28</b>
10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ? .....	p.28
10.2. CADRE LÉGAL .....	p.29
10.3. PRESCRIPTION .....	p.29
10.4. SUBROGATION .....	p.29
10.5. CONTRÔLE .....	p.30
10.6. RÉCLAMATION - MÉDIATION .....	p.30
10.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS .....	p.30

### Remarque :

An English version of these General conditions is available on [www.april-international.com](http://www.april-international.com). Please note that the original version of this document is in French. In the event of a dispute, French version shall prevail over any translation into other languages.

Una versión española de las Condiciones generales está disponible en [www.april-international.com](http://www.april-international.com). Le informamos que la versión original del documento está en francés. En caso de conflicto, únicamente la versión francesa será tomada en cuenta.

Eine deutschsprachige Version dieser Allgemeinen Bedingungen steht online unter [www.april-international.com](http://www.april-international.com) zur Verfügung. Dieses Dokument wurde in französischer Sprache verfasst. Bei Streitigkeiten ist die französische Version vor allen anderen Sprachen maßgebend.

## 1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT

### 1.1. SERVICE DE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H :

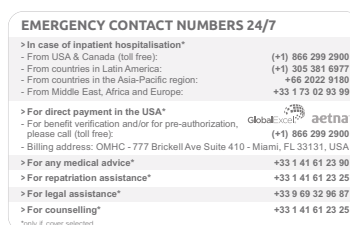
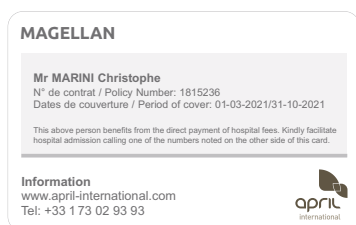
Ce service vous permet de ne pas avoir à régler *Vous-même* vos frais d'*Hospitalisation*. En effet, sur simple demande, *Nous* contactons l'établissement dans lequel *Vous* êtes admis et nous chargeons ensuite de régler la facture d'*Hospitalisation* correspondant à votre séjour. *Nous* vous informons qu'il est impératif de nous contacter préalablement à toute *Hospitalisation*. En cas de non respect de cette formalité, une *Franchise* de 20% sera appliquée à votre remboursement.

Pour s'assurer que votre séjour donne droit à remboursement, *Nous* vous demandons de bien vouloir faire compléter par votre praticien un formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* » détaillant le motif de votre *Hospitalisation*, à transmettre à notre Médecin Conseil. Pour plus de précisions, reportez-vous au paragraphe 8.1.2.

#### Pour bénéficier du Règlement direct de vos frais d'hospitalisation de plus de 24h, veuillez :

- à partir des USA et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des pays d'Amérique Latine, composer le (+1) 305 381 6977,
- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0) 20 22 91 80,
- à partir des pays du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Europe, composer le +33 (0)1 73 02 93 99.

Ces numéros sont également présents sur votre carte d'assuré, remise lors de votre adhésion :



### 1.2. SERVICE D'ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

#### Pour bénéficier des garanties d'assistance :

Il est impératif d'avoir l'accord préalable d'Europ Assistance (voir paragraphe 8.2).

Pour cela, veuillez contacter Europ Assistance :

- **par téléphone** au +33 (0)1 41 61 23 25,
- **par fax** au +33 (0)1 44 51 51 15.

### 1.3. SERVICE DE TIERS PAYANT AUX ÉTATS-UNIS :

#### 1.3.1. SERVICE DE TIERS PAYANT AU SEIN DU RÉSEAU AETNA

*Vous* bénéficiez d'une prise en charge directe de vos dépenses de santé lorsque les soins correspondants sont pratiqués et facturés aux États-Unis. La prise en charge est faite dans la limite de couverture des garanties offertes par le présent contrat.

Ce service est disponible pour :

- vos consultations de généralistes et de spécialistes,
  - vos analyses,
  - vos radiographies,
  - vos examens et soins médicaux,
- auprès des professionnels de santé appartenant au réseau AETNA.

#### Comment ça marche ?

*Nous* vous demandons de nous contacter avant votre rendez-vous médical pour bénéficier du service de tiers payant.

#### Pourquoi ?

1. *Nous* pouvons vous orienter vers le professionnel de santé adapté à votre situation.
2. *Nous* prenons contact avec lui pour lui indiquer que *Vous* bénéficiez d'un contrat APRIL International incluant un service de tiers payant.
3. *Vous* êtes ainsi certain de ne pas avoir à régler vous-même la facture.


#### Pour plus d'informations concernant ce service et notamment connaître les professionnels de santé partenaires proches de chez *Vous*, *Vous* pouvez :

- nous contacter au (+1) 866 299 2900,
- vous rendre sur le site [www.omhc.com/april](http://www.omhc.com/april).

Si vos soins ne sont pas entièrement pris en charge par votre contrat ou si ceux-ci ne donnent pas lieu à remboursement au titre de votre contrat, la facture correspondant à votre reste à charge vous est directement adressée par le professionnel de santé. Vos coordonnées bancaires peuvent vous être demandées en garantie.

### 1.3.2. SERVICE DE TIERS PAYANT PHARMACEUTIQUE

**Pour bénéficier de ce service aux États-Unis, il est impératif de présenter votre carte dans l'une des pharmacies du réseau Caremark.**

  
RXBIN: XXXXXX  
RXPCN: XXXXXX  
RXGRP: XXXXXX  
ISSUER [XXXXX]  
ID: XXXXXXXXXXXX  
NAME: JOHN Q PUBLIC  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Present this card to any participating retail pharmacy to obtain your short-term supply of medicine. For additional pharmacies go to [www.caremark.com](http://www.caremark.com) or contact a Caremark Customer Care representative.

**Customer Care: 1-800-966-5772**

Submit Claims to: Caremark Claims Dept.,  
P.O. Box 52116  
Phoenix, Arizona 85072-2116

Si Vous avez sélectionné la formule Complète avec des remboursements au 1<sup>er</sup> euro, Vous recevrez par courrier après votre adhésion, votre carte de tiers payant pharmaceutique. En présentant cette carte dans l'une des pharmacies du réseau Caremark aux États-Unis, Vous pourrez bénéficier de la prise en charge directe de vos dépenses couvertes par votre contrat. Vous n'aurez pas d'avance de frais à faire : Nous réglerons directement la pharmacie.

La liste des pharmacies partenaires est disponible sur le site [www.caremark.com](http://www.caremark.com).

Si le montant de votre prescription médicale est supérieur à 1 000 USD, vos médicaments vous seront délivrés après accord préalable de nos services.

Le service de tiers payant aux États-Unis ne peut pas être proposé aux Assurés ayant été acceptés à des conditions particulières (avec une exclusion médicale ou une exclusion de risques professionnels).

### 1.4. SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD (ÉTATS-UNIS, MEXIQUE) :

**Pour bénéficier du service de consultation à domicile, veuillez :**

- aux États-Unis, composer le +(1) 800 649 7119,
- au Mexique, composer le +(1) 800 212 9527.

En cas d'urgence, le soir ou le week-end, lorsque votre médecin n'est pas disponible, Nous vous proposons un service de consultation à domicile. Pour éviter d'attendre de longues heures aux urgences, Vous serez mis en relation avec un médecin qui effectuera un premier diagnostic par téléphone avant de vous orienter vers la solution la mieux adaptée (consultation à domicile, déplacement aux urgences...).

Ce service est disponible dans les villes suivantes (au 01/10/2020) :

**Aux États-Unis :** Anaheim, Atlanta, Baltimore, Beverly Hills, Bonita Springs, Boston, Breckenridge, Burbank, Chicago, Copper Mountain, Dallas, Fort Myers, Ft. Lauderdale, Hollywood, Houston, Keystone, Las Vegas, Los Angeles, Manhattan, Miami, Naples, Orlando, Philadelphia, Phoenix, San Diego, San Francisco, Scottsdale, Vail, Washington DC.

**Au Mexique :** Acapulco, Cabo San Lucas, Cancun, Mazatlan, Mexico D.F. (dans certaines zones), Puebla, Puerto Vallarta-Nuevo Vallarta et Tijuana.

Grâce à ce service, Vous n'avez pas à régler les frais de consultation à domicile prévus dans votre contrat. La facture nous est directement adressée. Vous serez susceptible d'avoir un reste à charge à régler.

### 1.5. SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :

Une équipe de psychologues cliniciens est à votre disposition 24h/24 et 7j/7 pour vous permettre d'exprimer les tensions accumulées afin de retrouver un meilleur équilibre.

**Pour bénéficier du service de soutien psychologique, veuillez composer le +33 (0)1 41 61 23 25.**

### 1.6. SERVICE DE 1<sup>ER</sup> AVIS MÉDICAL :

Une équipe de médecins est à votre disposition 24h/24 et 7j/7 pour répondre à toutes vos questions d'ordre médical (explication d'un diagnostic, renseignement sur les équivalences des médicaments à l'étranger...).

**Pour bénéficier du service de 1<sup>er</sup> avis médical, veuillez composer le +33 (0)1 41 61 23 90.**

### 1.7. SERVICE D'ASSISTANCE JURIDIQUE :

**Pour bénéficier du service d'assistance juridique** (voir paragraphe 8.3), veuillez nous contacter :

- par téléphone : +33 (0)9 69 32 96 87,
- par e-mail : [expat@soluciapj.fr](mailto:expat@soluciapj.fr).

## 1.8. SERVICES EN LIGNE :

Depuis le site [www.april-international.com](http://www.april-international.com), **Vous avez accès à votre Espace Client sécurisé.**

**Si Vous êtes Assuré principal, Vous pouvez :**

- consulter tous vos documents utiles (attestation d'assurance, carte d'assuré, conditions générales, décomptes de remboursement...),
- consulter vos coordonnées personnelles et bancaires,
- déposer vos demandes de remboursement en ligne via le module Easy Claim.

**Vous pouvez télécharger les formulaires à compléter pour vos remboursements** (voir paragraphe 8.1) :

- Formulaire d'*Attestation médicale confidentielle* (à faire compléter par votre médecin avant toute *Hospitalisation*),
- Formulaire de *Demande d'entente préalable* (à faire compléter par votre médecin avant d'engager certains soins ou traitements),
- Formulaire de *Demande de remboursement* (à joindre à vos factures et prescriptions médicales).

**Si Vous êtes Adhérent, Vous pouvez :**

- consulter vos coordonnées personnelles et les coordonnées de votre assureur-conseil,
- consulter vos *Cotisations* et votre mode de règlement,
- régler en ligne par carte bancaire vos échéances.

## 1.9. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?

**Pour envoyer une demande de remboursement :**

**Si Vous êtes assuré au 1<sup>er</sup> euro :**

**> Par voie électronique, pour les factures d'un montant maximum de 400 € chacune :**

Adressez-nous vos factures, dont le montant total par facture ne dépasse pas 400 €, via l'application Easy Claim téléchargeable gratuitement sur l'App Store et sur Google Play.

Notre service Remboursements prendra alors en charge directement votre demande. **Vous conservez les originaux de vos factures (et autres justificatifs) chez vous.** Le fonctionnement et les règles d'utilisation de l'application vous seront expliqués lors de la première utilisation et restent accessibles ensuite à tout moment au sein de l'application.

Ce service est également disponible depuis votre Espace Client, en accédant à la rubrique « Vos remboursements ».

**> Par voie postale :**

Complétez le formulaire de Demande de remboursement **en y joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales** (voir paragraphe 8.1.4) et adressez ces éléments à :

**APRIL International Care France**

Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

**Si Vous êtes assuré en complément de la CFE :**

Pour obtenir un remboursement, veuillez adresser vos factures acquittées à la Caisse des Français de l'Étranger en vous rendant directement dans votre espace personnel sur le site de la CFE, dans la rubrique « Mes remboursements ». Vous pourrez y déposer vos factures en ligne, sans limite de paiement (hors frais d'hospitalisations).

Autrement, veuillez adresser vos demandes de remboursement à :

**Caisse des Français de l'étranger**

**À l'attention du service de gestion APRIL International Care France**

Centre d'activité Saint-Nicolas - 160, rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles - 77052 Melun Cedex France

La CFE nous transmet les décomptes qu'elle aura établis sur lesquels figurera le montant des frais réels. Nous effectuerons un seul règlement global (remboursements de la CFE et d'APRIL International réunis). En cas d'exclusion médicale, merci de nous adresser vos décomptes / avis de règlement de la CFE.

**Si Vous êtes assuré en complément de la Sécurité sociale française :**

Veuillez adresser dans un premier temps les originaux de vos factures et prescriptions médicales à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie en France.

Si vous bénéficiez du service de télétransmission, les décomptes de votre Caisse Primaire de Sécurité sociale nous seront ensuite directement adressés. Ce service est proposé si vous êtes affilié au régime général de la Sécurité sociale française et que vous nous avez adressé une photocopie de votre attestation de Sécurité Sociale. Si vous avez été accepté à des conditions particulières (exclusion médicale ou de risques professionnels), le service de télétransmission ne peut pas vous être proposé.

Si vous ne bénéficiez pas du service de télétransmission, veuillez nous adresser vos demandes de remboursement, accompagnées du décompte établi par la Sécurité sociale française et du formulaire de Demande de remboursement par courrier à :

**APRIL International Care France**

Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

**Pour envoyer une *Demande d'entente préalable* ou une *Attestation médicale confidentielle* :**

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à nous faire parvenir un devis détaillé et un formulaire appelé « *Demande d'entente préalable* » complété par le praticien prescrivant ces actes, à l'adresse indiquée ci-dessus ou par e-mail à [remboursement.expat@april-international.com](mailto:remboursement.expat@april-international.com) (voir paragraphe 8.1.3). En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* » (voir paragraphe 8.1.2).

**Nous nous réservons la possibilité de demander tout autre justificatif qui nous paraîtrait nécessaire afin de s'assurer que vos soins sont couverts au titre du présent contrat.**

## 2. DÉFINITIONS

Chaque terme mentionné ci-dessous a, lorsqu'il est rédigé en italique et employé avec une majuscule, la signification suivante :

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'*Assuré*, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. En application de l'article L. 1353 du Code Civil français, il vous appartient d'apporter la preuve de l'*Accident* et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- ACCIDENT CARACTÉRISÉ** : *Accident* constaté par une autorité compétente présente sur le lieu de l'évènement (forces de police, pompiers, ambulanciers-urgentistes) ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'*Accident*.
- ATTESTATION D'ASSURANCE** : document valant attestation d'assurance, que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Magellan et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, la formule et l'option sélectionnées. L'*Attestation d'assurance* correspond aux conditions particulières du contrat.
- ACCORD PRÉALABLE** : certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Avant d'engager les soins, Vous aurez donc à nous faire parvenir un devis détaillé et un formulaire appelé « *Demande d'entente préalable* ». En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* ».
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés APRIL et qui paie les *Cotisations*.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de 12 mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
- ASSURÉ** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties du présent contrat. C'est-à-dire Vous et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites à l'*Attestation d'assurance*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.
- ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE** : questionnaire médical à nous retourner impérativement complété par votre praticien avant toute *Hospitalisation* (ou le plus rapidement possible en cas d'*Accident* ou d'urgence) afin d'obtenir notre *Accord préalable*. Une *Franchise* de 20% sera retenue sur votre remboursement si cette formalité n'est pas respectée.
- AUTORITÉ MÉDICALE** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où Vous vous trouvez.
- B BAGAGES** : les sacs de voyage, les valises, les effets ou objets personnels de l'*Assuré* qu'ils contiennent, ainsi que tout autre objet enregistré auprès d'un transporteur.
- BÉNÉFICIAIRE** : personne physique qui reçoit l'*Indemnité* ou le capital versé par l'organisme assureur.
- C CONJOINT** : l'époux ou l'épouse de l'*Assuré principal*, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'*Assuré principal* bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du *Sinistre*. Le concubin notoire de l'*Assuré principal* pourra être considéré comme ayant la qualité de *Conjoint* si la justification de sa qualité est faite.
- CONSOLIDATION** : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un *Accident* ou souffrant d'une *Maladie*.
- COTISATION** : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- COÛTS RAISONNABLES ET HABITUELS** : les coûts des frais de santé sont considérés comme étant raisonnables et habituels lorsqu'ils n'excèdent pas les tarifs habituellement pratiqués pour une prestation ou un traitement identique dans la localité où ils sont engagés. Nos bases de données constamment enrichies de tarifs de référence depuis plus de 20 ans sont mises à jour chaque année.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée à l'*Attestation d'assurance*.
- DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée à l'*Attestation d'assurance*.

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

**DOMICILE SINISTRÉ** : votre domicile endommagé et devenu inhabitable à la suite de l'un des événements suivants :

- incendie,
- explosion,
- implosion,
- dégâts des eaux,
- bris de vitres,
- vol,
- tentative de vol,
- vandalisme,
- événements climatiques (tempête, grêle sur les toitures, poids de la neige/glace sur les toitures),
- risques annexes (foudre, enfumage, chute d'avion ou d'engin spatial, choc d'un véhicule terrestre à moteur),
- gel des canalisations et des appareils de chauffage,
- dégât des eaux suite à un débordement des égouts occasionné par des pluies exceptionnelles,
- catastrophe naturelle faisant l'objet d'un décret.

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

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

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

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

**E ENFANT À CHARGE** : votre enfant, celui de votre *Conjoint* :

- âgé de moins de 21 ans ;
- âgé de moins de 26 ans, poursuivant ses études.

L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier...) ou accessoirement (petit travail d'appoint...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie (complémentaire en cas de choix d'une couverture en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française) dans le cadre de cette activité.

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

**ÉTRANGER** : tout pays garanti listé dans le présent contrat, en dehors de votre *Pays de nationalité*.

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

**F FORCE MAJEURE** : tout événement imprévisible, irrésistible et extérieur à votre volonté, déclaré par les autorités publiques de l'état dans lequel *Vous* séjournez.

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

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

**H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) de plus de 24 heures dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutivement à un *Accident* ou une *Maladie*.

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

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

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

**L LITIGE, CONFLIT, DIFFÉREND** : désaccord ou contestation d'un droit dont le caractère préjudiciable ou répréhensible peut motiver une réclamation ou des poursuites vous opposant à un *Tiers identifié*.

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

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

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

**N NOUS** : APRIL International Care France.

- O OBJETS DE VALEUR** : les objets d'art et de collection, l'argenterie, les bijoux, les pierreries et perles fines, les tableaux de valeur, les fourrures, les caméras, appareils photographiques, jumelles, matériels HI-FI et informatiques de toutes sortes.
- P PAYS DE DESTINATION** : le pays de résidence principal où *Vous* séjournez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.  
**PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».  
**PROCHE** : toute personne physique désignée par *Vous* ou l'un de vos ayants droit et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.
- R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : si *Vous* êtes hospitalisé plus de 24 heures et si *Vous* avez sélectionné une couverture frais de santé au 1<sup>er</sup> euro ou en complément de la CFE, *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation*, sans avance de frais, sous réserve de l'étude de votre *Attestation médicale confidentielle*. *Vous* pouvez déclencher ce service en utilisant les numéros d'urgence mentionnés au paragraphe 1.1 ou en présentant votre carte d'assuré à l'établissement hospitalier.  
**RÉSILIATION** : cessation définitive et anticipée du contrat.  
**RESPONSABILITÉ CIVILE** : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.
- S SINISTRE** : événement, *Maladie* ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.  
**SOINS DENTAIRES D'URGENCE** : prise en charge des soins dentaires d'urgence (pansement, obturation, dévitalisation, extraction...) lorsqu'ils font suite à un *Accident* ou à une *Maladie* inopinée nécessitant une intervention chirurgicale ou un traitement médical ne pouvant pas attendre le retour dans le *Pays de nationalité*.
- T TIERS IDENTIFIÉ OU ADVERSAIRE** : personne physique ou morale, dont *Vous* connaissez l'identité et l'adresse, responsable de vos dommages ou contestant l'un de vos droits.
- U URGENCE MÉDICALE** : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente, soudaine et imprévisible nécessitant l'intervention d'un médecin sous 48 heures.

### 3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

#### 3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit, en fonction de la formule sélectionnée, les prestations suivantes :

**Pour la formule « Mini » :**

- remboursement de frais de santé : hospitalisation en cas de *Maladie* ou *Accident* et médecine de ville en cas d'*Accident* uniquement,
- garanties basiques d'assistance rapatriement (voir paragraphe 8).

**Pour la formule « Complète » :**

- remboursement de frais de santé : hospitalisation et médecine de ville en cas de *Maladie* ou *Accident*,
- soutien psychologique,
- garanties étendues d'assistance rapatriement (voir paragraphe 8),
- assistance juridique,
- *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative,
- capital décès ou *Invalité* permanente totale ou partielle par *Accident*,
- perte, vol ou destruction des *Bagages*.

#### 3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Les garanties sont acquises dans le monde entier, hors de votre *Pays de nationalité*. Les garanties sont acquises dans votre *Pays de nationalité* pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre deux séjours dans votre *Pays de destination*.

**En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est exclue.** La liste complète des pays exclus est disponible sur le site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 03 41 29 ou par e-mail à [conseillers.expats@april-international.com](mailto:conseillers.expats@april-international.com).

Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

### 4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

**Pour être admissible à l'assurance ou demander un renouvellement de votre contrat, Vous devez :**

- dans le cadre d'une adhésion individuelle, être âgé de moins de 75 ans à la *Date d'effet* du contrat (l'adhésion individuelle d'un enfant jusqu'à 4 ans est soumise à l'étude de nos services) ; en cas d'adhésion famille, *Vous* (et votre *Conjoint* éventuel) devez être âgé(s) de moins de 65 ans à la *Date d'effet* du contrat ;
- vous rendre temporairement à l'*Étranger* (hors de votre *Pays de nationalité*), à l'occasion d'études, de stages, loisirs ou visite professionnelle ou privée ;



- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Profil de santé au maximum 6 mois avant la *Date d'effet* du contrat ;
- n'être atteint d'aucune incapacité ou *Invalidité*, d'aucune *Maladie préexistante* en cours de traitement, sujette à rechute ou à caractère évolutif ;
- ne pas avoir subi de traitement médical récent et ne pas prévoir de traitement dans votre *Pays de destination*.

#### **Cas particulier en cas de destination France (D.R.O.M. inclus) - Protection Universelle Maladie (PUMA)**

Si *Vous* résidez en France de manière stable et ininterrompue pour plus de 3 mois et/ou que *Vous* y exercez une activité salariée ou non salariée, *Vous* êtes susceptible de bénéficier de la protection universelle maladie qui vous garantit un droit à la prise en charge de vos frais de santé, de la part de la Sécurité sociale française.

Si *Vous* souscrivez un contrat APRIL au premier euro, et que *Vous* remplissez par la suite les conditions pour être couvert par la PUMA, *Nous* pourrions vous proposer une couverture complémentaire à la PUMA et faire évoluer votre contrat.

C'est à *Vous* qu'il revient de vérifier si vous êtes concerné et éligible à la PUMA. Pour plus d'information sur les conditions d'affiliation, rendez-vous sur : <http://www.securite-sociale.fr/La-mise-en-place-de-la-Protection-Universelle-Maladie-PUMA-au-1er-janvier-2016>

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

- votre *Conjoint*,
- vos *Enfants à charge*.

**Aucune modification des conditions de couverture de votre contrat ne peut être apportée après l'adhésion : il ne sera pas possible d'ajouter un ayant-droit, ni de changer de niveau de garanties.**

**En cas de choix de l'Option 2**, *Vous* devez en outre bénéficier du régime Maladie/Maternité de la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) ou des prestations de la Sécurité sociale française pendant la durée de votre séjour à l'Étranger.

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

L'adhésion est subordonnée à notre acceptation médicale. *Nous* nous réservons la possibilité de demander des formalités médicales complémentaires en fonction des réponses faites au Profil de santé.

Si *Vous* (ou un membre de votre famille) présentez un risque aggravé (professionnel ou médical), *Nous* pouvons être amenés soit à vous accepter mais à des conditions particulières, soit à vous refuser.

## 5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT

### 5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

À la date indiquée sur l'*Attestation d'assurance* et au plus tôt le lendemain de la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Profil de santé complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la *Cotisation* due et sous réserve de notre acceptation concrétisée par l'émission de l'*Attestation d'assurance* précisant les garanties sélectionnées.

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

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

- 4 semaines pour toutes les garanties Frais de santé pour tous les soins ou traitements liés au Covid-19 réalisés aux États-Unis ou au Mexique,
- 15 jours si *Vous* êtes déjà à l'étranger lors de la souscription au contrat. Ce délai d'attente ne s'applique pas dans le cadre d'un renouvellement ou en cas d'*Accident*,
- autres cas : 8 jours.

Le *Délai d'attente* s'applique à compter de la *Date d'effet* portée sur votre *Attestation d'assurance*.

**Toutes dépenses engagées au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la Date d'effet du contrat ou pendant les Délais d'attente sont définitivement exclues des garanties et n'ouvrent droit à aucune prestation.**

### 5.2. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour la période portée sur votre *Attestation d'assurance*.

Les garanties sont acquises :

- en cas de choix de l'Option 1 : pour une période minimale de 3 mois et maximale de 12 mois (24 mois pour le Canada en cas de Programme Vacances-Travail),
- en cas de choix de l'Option 2 en complément de la Sécurité sociale française : pour une durée minimale de 3 mois et maximale de 3 mois,
- en cas de choix de l'Option 2 en complément de la CFE : pour une durée minimale de 3 mois et maximale de 12 mois (24 mois pour le Canada en cas de Programme Vacances-Travail).

Le contrat est renouvelable sur demande à la condition que *Vous* réalisiez les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4). *Vous* pouvez renouveler votre contrat trois fois maximum, sur demande, sous réserve de l'accord de l'organisme assureur et après étude de votre nouveau Profil de santé.

La demande de renouvellement doit nous parvenir avant la date de fin du contrat portée sur votre *Attestation d'assurance*.

Le renouvellement doit prendre effet au lendemain de la date de fin du précédent contrat.

En cas de renouvellement, les *Délais d'attente* sont abrogés.

### 5.3. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 6.3) ;
- b) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés APRIL à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;
- c) dès que *Vous* cessez de répondre aux conditions d'adhésion telles que définies au paragraphe 4 ;
- d) le jour du retour définitif vers votre *Pays de nationalité* ;
- e) le dernier jour porté sur votre *Attestation d'assurance*.

En cas de survenance d'un événement de *Force majeure*, les garanties du contrat sont maintenues pour 5 jours maximum à partir de la date de fin de couverture portée sur votre *Attestation d'assurance*.

#### **Sanctions en cas de fausse déclaration**

**Qu'il s'agisse des déclarations à faire à l'adhésion ou de celles qui doivent être faites en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte dans la déclaration du risque, entraîne l'application, suivant les cas, des dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français.**

**En outre, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du *Sinistre*, omission de déclaration des autres assurances cumulatives, emploi comme justificatifs de documents inexacts, ou utilisation de moyens frauduleux expose l'Assuré et l'Adhérent à une déchéance de garanties et à la *Résiliation* du contrat.**

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

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

### 5.4. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

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

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

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

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

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

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

L'*Adhérent* doit nous informer de sa décision de renonciation à son contrat par une déclaration dénuée d'ambiguïté par lettre envoyée par la poste à l'adresse suivante dans les délais indiqués ci-dessus :

APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE.

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 31 ou d'adresser à APRIL International Care France une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous :

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

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et *Nous* rembourserons à l'*Adhérent* les *Cotisations* déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

**Si des prestations ont déjà été versées au titre de ce contrat, l'Adhérent ne pourra plus exercer son droit à renonciation.**

### 5.5. QUE FAIRE SI VOTRE SÉJOUR EST ANNULÉ OU MODIFIÉ ?

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

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

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

Vous pouvez résilier votre contrat après les 3 premiers mois de couverture. Aucun remboursement de cotisations relatif à vos 3 premiers mois de couverture ne sera réalisé.

En cas de retour anticipé et définitif dans votre *Pays de nationalité*, après une période de 3 mois de couverture, *Vous* devez nous faire parvenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, un justificatif attestant votre retour définitif (quittance d'électricité, de gaz ou télécom, ...).

En cas de paiement intégral de la *Cotisation*, *Nous* vous rembourserons au prorata la *Cotisation* trop perçue. En cas de paiement mensuel de la *Cotisation*, *Nous* procéderons à la modification de la date de fin de votre contrat et interrompons les prélèvements. *Nous* vous précisons que tout mois de couverture entamé est dû.

*Nous* vous demandons de nous adresser ces justificatifs dans les cinq jours suivant votre retour. À défaut, *Nous* vous rembourserons la *Cotisation* trop perçue correspondant à la période entre la date de réception de vos justificatifs et la date de fin initiale de votre contrat.

### 5.6. QUE FAIRE EN CAS DE DIFFICULTÉ D'OBTENTION DE VISA ?

En cas de difficulté d'obtention de visa, *Vous* avez la possibilité de modifier la *Date d'effet*, de suspendre ou d'annuler le contrat.

**Pour une modification de *Date d'effet* :** adressez-nous obligatoirement **avant la *Date d'effet*** une demande par écrit accompagnée de l'*Attestation d'assurance* émis, en précisant les nouvelles dates de couverture souhaitées.

**Pour une suspension :** adressez-nous obligatoirement **avant la Date d'effet** une demande par écrit accompagnée de l'*Attestation d'assurance* émis. La suspension permet de conserver les droits du contrat pendant 6 mois maximum, à compter de la date d'émission de celui-ci.

Afin de faciliter votre démarche de modification de *Date d'effet* ou suspension de votre contrat, Vous recevrez automatiquement lors de votre souscription sur notre site internet, un formulaire appelé « Demande de modification/suspension de votre contrat ». Dans le cas d'une souscription par voie postale, ce formulaire vous sera transmis sur simple demande auprès de nos services :

par téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93,

par e-mail : info.expats@april-international.com.

**Pour une annulation avant la Date d'effet :** adressez-nous obligatoirement **avant la Date d'effet** une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée de l'*Attestation d'assurance* émise.

**Pour une résiliation après la Date d'effet suite à un refus de visa :** adressez-nous obligatoirement une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée de l'*Attestation d'assurance* émise ainsi que du justificatif de refus de visa.

## 6. COTISATIONS

**L'adhésion au présent contrat ne vous dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont Vous pourriez relever.**

### 6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

La *Cotisation* est déterminée par la formule et l'option sélectionnées, la tranche d'âge et la durée de couverture choisie. L'âge de l'*Assuré* pris en compte pour le calcul de la *Cotisation* est l'âge de l'*Assuré* à la *Date d'effet* du contrat.

**En cas d'adhésion familiale, c'est la tranche d'âge de l'Assuré le plus âgé qui détermine le montant de la Cotisation. Au-delà de 65 ans, la Cotisation est individuelle.**

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

### 6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

La *Cotisation* est payable d'avance en euros, selon le mode de paiement choisi par l'*Adhérent* figurant sur sa Demande d'adhésion :

- en intégralité au moment de l'adhésion, par chèque ou carte de paiement,
- mensuellement, par prélèvement SEPA sur un compte en euros domicilié dans l'espace unique de paiements (zone SEPA). Ce mode de paiement n'est pas disponible pour les séjours inférieurs à 4 mois.

En cas d'impossibilité absolue de règlement en euros, l'*Adhérent* pourra effectuer un virement sur notre compte bancaire dont les coordonnées lui seront communiquées sur demande, moyennant des frais bancaires à sa charge.

### 6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 10 jours de son échéance, Nous adresserons à l'*Adhérent* une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, Nous résilierons de plein droit le contrat. En outre, Nous pourrions réclamer en justice le paiement des *Cotisations* restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la *Cotisation* deviendra exigible immédiatement pour la durée totale de couverture, conformément au Code des assurances français.

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

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

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

**En cas de paiement mensualisé, la Cotisation reste due pour la totalité de la période de couverture portée sur l'Attestation d'assurance.**

## 7. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?

L'*Assuré* et l'*Adhérent* doivent nous informer par écrit de tout changement de statut, de situation, de domicile (**par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets**) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

## 8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

### Assurances cumulatives :

Les remboursements de l'organisme assureur et de tout autre organisme public ou privé ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, Vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

**SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DU CONTRAT.**

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

Deux formules vous sont proposées :

**La formule « Complète »** comprend les garanties suivantes :

- Frais de santé : hospitalisation et médecine de ville en cas de *Maladie* ou *Accident*,
- Soutien psychologique,
- Assistance rapatriement :
  - Transport médical, rapatriement sanitaire,
  - Frais de recherche et de secours,
  - Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil,
  - Accompagnement du défunt,
  - Avance de caution pénale à l'*Étranger*,
  - Présence d'un *Membre de votre famille* en cas d'hospitalisation supérieure à 6 jours,
  - Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place,
  - Retour anticipé en cas de décès ou d'hospitalisation d'un *Membre de votre famille*,
  - Retour des membres de la famille assurés,
  - Retour après *Consolidation* dans le *Pays de destination*,
  - Envoi d'un collaborateur de remplacement,
  - Retour anticipé en cas de *Domicile sinistré*,
  - Frais d'avocat à l'*Étranger*,
  - Transmission de messages urgents,
  - Assistance voyage si perte ou vol d'effets personnels,
  - Retard de *Bagages*,
  - Retour impossible,
  - Retour anticipé en cas d'attentat ou de catastrophe naturelle,
  - Traduction de documents légaux ou administratifs,
- Assistance juridique,
- *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative,
- *Individuelle accident*,
- Assurance *Bagages*.

**La formule « Mini »** comprend uniquement les garanties suivantes :

- Frais de santé : hospitalisation en cas de *Maladie* ou *Accident* et médecine de ville en cas d'*Accident*,
- Assistance rapatriement :
  - Transport médical, rapatriement sanitaire,
  - Frais de recherche et de secours,
  - Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil,
  - Accompagnement du défunt,
  - Avance de caution pénale à l'*Étranger*.

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

### 8.1. FRAIS DE SANTÉ :

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

#### 8.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Deux options vous sont proposées :

- **l'Option 1** couvre les frais de santé dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé,
- **l'Option 2** couvre les frais de santé en complément de la Sécurité sociale française ou en complément de la CFE (Caisse des Français de l'Étranger).

L'Option 2 ne peut être sélectionnée qu'en cas de choix de la formule Complète.

**En cas de choix de l'Option 1**, est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé médicalement justifiées pour des actes mentionnés au tableau des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée.

**En cas de choix de l'Option 2**, est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé pour des actes mentionnés au tableau des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée et qui sont prises en charge par la Sécurité sociale française ou la CFE (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties). *Nous* ne remboursons qu'en complément, sur justificatif des prestations de votre régime de base.

Les frais sont remboursés poste par poste selon l'option sélectionnée, dans la limite des *Frais réels* et conformément au tableau des garanties.

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

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de couverture pourront être indemnisés.

#### Plafonds :

Le montant cumulé des remboursements effectués par l'organisme assureur est plafonné à **200 000 € par Année d'assurance et par Assuré**, sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par tout organisme public ou privé en France et à l'Étranger.

<b>FORMULE COMPLÈTE</b> <i>Délai d'attente de 4 semaines pour tous les soins ou traitements liés au Covid-19 réalisés aux Etats-Unis ou au Mexique.</i>		
Jusqu'à <b>200 000 €</b> par <i>Assuré</i> par <i>Année d'assurance</i>	<b>OPTION 1 :</b> Remboursements au 1 <sup>er</sup> euro	<b>OPTION 2 :</b> Remboursements en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE
<b>HOSPITALISATION*</b>		
<i>Hospitalisation</i> médicale ou chirurgicale*: Transport en ambulance (si <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International) Frais de séjour Honoraires médicaux et chirurgicaux Examens, analyses, médicaments Actes médicaux	100% des <i>Frais réels</i>	remboursements en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
<i>Règlement direct</i> des frais d' <i>hospitalisation</i> de plus de 24h	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 ( <b>sauf pour les Assurés en complément de la Sécurité sociale française</b> )
Chambre privée	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à <b>50 €</b> par jour	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à <b>50 €</b> par jour
<b>SOINS COURANTS</b>		
Consultations de médecins généralistes et spécialistes	100% des <i>Frais réels</i> , limités à <b>80 €</b> par acte au-delà de 2 visites par an	remboursements en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers** et actes de spécialistes	100% des <i>Frais réels</i>	
Kinésithérapie** ( <b>suite à <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL International</b> )	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à <b>50 €</b> par séance	
<i>Soins dentaires d'urgence</i>	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à <b>200 €</b> par an	
Prothèses dentaires et autres prothèses ( <b>suite à <i>Accident</i> caractérisé uniquement</b> ) Optique : verres et monture ou lentilles ( <b>suite à <i>Accident</i> caractérisé uniquement</b> )	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à <b>350 €</b> par an	
Forfait prévention : préservatifs	jusqu'à <b>20 €</b> par an	jusqu'à <b>20 €</b> par an

\* Toute *Hospitalisation* de plus de 24h est soumise à *Accord préalable*. Une *Franchise* de 20% sera retenue en cas de non respect de cette formalité préalablement à une *Hospitalisation* (se reporter aux paragraphes 8.1.2 et 8.1.3).

\*\* Actes soumis à *Accord préalable* en cas de prescription de plus de 10 séances par *Année d'assurance* (se reporter au paragraphe 8.1.3).

## FORMULE MINI

Délai d'attente de 4 semaines pour tous les soins ou traitements liés au Covid-19 réalisés aux Etats-Unis ou au Mexique.

Jusqu'à 200 000 € par Assuré par Année d'assurance

Hospitalisation médicale ou chirurgicale* : Transport en ambulance (si Hospitalisation prise en charge par APRIL International) Frais de séjour Honoraires médicaux et chirurgicaux Examens, analyses, médicaments Actes médicaux	100% des Frais réels
Règlement direct des frais d'hospitalisation de plus de 24h	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Consultations de médecins généralistes et spécialistes	100% des Frais réels, <b>en cas d'Accident uniquement et sur présentation d'un certificat médical, jusqu'à 500 € par an</b>
Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers** et actes de spécialistes	
Kinésithérapie** (suite à Hospitalisation prise en charge par APRIL International)	

\* Toute Hospitalisation de plus de 24h est soumise à Accord préalable. Une Franchise de 20% sera retenue en cas de non respect de cette formalité préalablement à une Hospitalisation (se reporter aux paragraphes 8.1.2 et 8.1.3).

\*\* Actes soumis à Accord préalable en cas de prescription de plus de 10 séances par Année d'assurance (se reporter au paragraphe 8.1.3).

### 8.1.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION ?

#### Toute Hospitalisation est soumise à Accord préalable.

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

En cas d'Hospitalisation d'urgence, veuillez nous contacter dès que possible afin que vous soit transmis ce formulaire.

Le formulaire Attestation médicale confidentielle est disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 99 ou par e-mail à [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com).

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

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

Si cette formalité d'Accord préalable n'est pas respectée, une Franchise de 20% sera retenue sur le remboursement de votre facture (sauf en cas d'Accident ou d'urgence).

#### Pour obtenir un Règlement direct de vos frais d'hospitalisation (sauf pour les Assurés bénéficiaires de l'Option 2 en complément de la Sécurité sociale française) :

Nous pouvons effectuer un Règlement direct de vos frais d'hospitalisation de plus de 24 heures auprès de l'établissement hospitalier dans lequel Vous séjournez. Nous nous mettrons ainsi directement en contact avec l'hôpital.

#### Pour demander un Règlement direct de vos frais d'hospitalisation ou tout renseignement complémentaire préalablement à votre Hospitalisation, veuillez utiliser les numéros d'urgence suivants (également présents sur votre carte d'assuré) :

- à partir des USA et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des pays d'Amérique Latine, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0) 20 22 91 80,
- à partir des pays du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Europe, composer le +33 (0)1 73 02 93 99.

Dans tous les cas, Nous vous demanderons de nous transmettre les factures et comptes-rendus hospitaliers correspondant à votre séjour.

Si Vous n'avez pas bénéficié du *Règlement direct de vos frais d'hospitalisation*, reportez-vous au paragraphe 8.1.4 pour savoir comment obtenir le remboursement de la facture que Vous avez réglée.

### 8.1.3. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE AVANT D'ENTAMER CERTAINS SOINS OU TRAITEMENTS ?

Certains actes médicaux sont soumis à l'*Accord préalable* de notre Médecin Conseil. Avant le début des soins, Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes le formulaire *Demande d'entente préalable* accompagné d'un devis détaillé. Le formulaire *Demande d'entente préalable* est disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com).

Sont soumis à *Accord préalable* les *Hospitalisations* et les actes en série (kinésithérapie suite à *Hospitalisation* prise en charge et soins infirmiers) en cas de prescription de plus de 10 séances par *Année d'assurance*.

**Votre Demande d'entente préalable doit nous être transmise à l'adresse suivante :**

**APRIL International Care France**

Service Courrier

1 rue du Mont

CS 80010

81700 Blan

FRANCE

E-mail : [remboursement.expats@april-international.com](mailto:remboursement.expats@april-international.com)

### 8.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

#### a) En cas de choix de l'Option 1 (Formules Mini et Complète) :



#### Pour obtenir un remboursement :

**> Par voie électronique, pour les factures d'un montant maximum de 400 € chacune :**

Adressez-nous votre demande complète par l'intermédiaire de notre application mobile Easy Claim, téléchargeable sur l'App Store, sur Google Play ou rendez-vous dans votre Espace Client.

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

**> Par voie postale :**

Veillez compléter le formulaire de Demande de remboursement disponible dans votre Espace Client accessible à partir du site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com) et nous le retourner dans les 6 mois qui suivent la date des soins.

Veillez nous transmettre vos demandes de remboursement à l'adresse suivante :

**APRIL International Care France**

Service Courrier

1 rue du Mont

CS 80010

81700 Blan - FRANCE

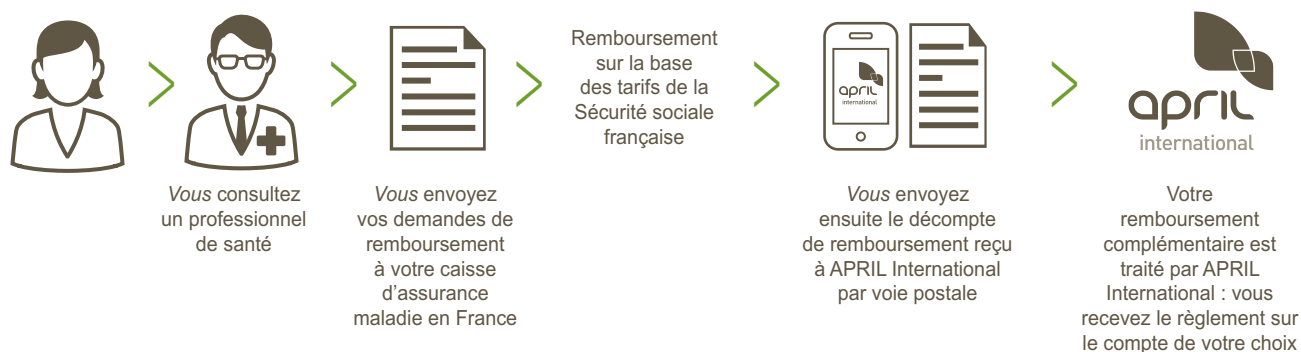
Dans tous les cas, veuillez joindre à votre demande les documents suivants :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais acquittés, des prescriptions médicales et ordonnances datées et mentionnant vos nom, prénoms et date de naissance, la pathologie ou l'affection en cause, la nature, la date des visites et soins donnés accompagnés des preuves de paiement. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments et indiquer la monnaie locale ;
- pour le remboursement de vos *Soins dentaires d'urgence*, Vous devez également joindre à votre demande un certificat médical émanant de votre dentiste et attestant le fait que les soins dont Vous avez bénéficié relèvent d'un cas d'urgence dentaire, tel que défini au paragraphe 2 ;
- pour les remboursements des prothèses (dentaires ou autres) et des frais d'optique, Vous devez joindre la preuve que les soins sont consécutifs à un *Accident* caractérisé tel que défini au paragraphe 2 ;

- pour le remboursement des frais de santé hors *Hospitalisation* en cas de choix de la Formule Mini, Vous devez également joindre un certificat médical attestant le fait que les soins sont consécutifs à un *Accident* tel que défini au paragraphe 2 ;
- si les soins nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire *Demande d'entente préalable* accepté par nos services médicaux ;
- en cas d'*Hospitalisation*, Vous devez également joindre à votre demande le compte-rendu hospitalier ainsi que le formulaire d'*Attestation médicale confidentielle* complété par votre médecin. Veuillez également vous assurer que votre facture détaille le coût de la chambre privée ou semi-privée.

Nous nous réservons la possibilité de demander tout autre justificatif qui nous paraîtrait nécessaire afin de s'assurer que vos soins sont couverts au titre du présent contrat.

**b) En cas de choix de l'Option 2 en complément de la Sécurité sociale française (Formule Complète) :**



Votre demande de remboursement doit être préalablement adressée à votre Caisse Primaire de Sécurité sociale. Si vous bénéficiez du service de télétransmission, les décomptes de votre Caisse Primaire de Sécurité sociale nous seront ensuite directement adressés. Ce service est proposé si vous êtes affilié au régime général de la Sécurité sociale française et que vous nous avez adressé une photocopie de votre attestation de Sécurité Sociale. Si vous avez été accepté à des conditions particulières (exclusion médicale ou de risques professionnels), le service de télétransmission ne peut pas vous être proposé.

Si vous ne bénéficiez pas du service de télétransmission, veuillez nous adresser vos demandes de remboursement, accompagnées du décompte établi par la Sécurité sociale française et du formulaire de Demande de remboursement par courrier à :

**APRIL International Care France**  
 Service Courrier  
 1 rue du Mont  
 CS 80010  
 81700 Blan  
 FRANCE

Nous nous réservons la possibilité de demander tout autre justificatif qui nous paraîtrait nécessaire afin de s'assurer que vos soins sont couverts au titre du présent contrat.

**c) En cas de choix de l'Option 2 en complément de la CFE (Formule Complète) :**



Vous pouvez adresser vos factures acquittées à la Caisse des Français de l'Étranger en vous rendant directement dans votre espace personnel sur le site de la CFE, dans la rubrique « Mes remboursements ». Vous pourrez y déposer vos factures en ligne, sans limite de paiement (hors frais d'hospitalisations).



Autrement, veuillez adresser vos demandes de remboursement à :

**Caisse des Français de l'étranger**

À l'attention du service de gestion APRIL International Care France  
Centre d'activité Saint-Nicolas  
160, rue des Meuniers  
CS 70238 Rubelles  
77052 Melun Cedex France

La CFE nous transmet les décomptes qu'elle aura établis sur lesquels figurera le montant des frais réels. Nous effectuerons un seul règlement global (remboursements de la CFE et d'APRIL International réunis). En cas d'exclusion médicale, merci de nous adresser vos décomptes / avis de règlement de la CFE.

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

**Vous pouvez être remboursé :**

- par virement sur un compte en France (veuillez nous adresser un RIB),
- par virement sur un compte aux États-Unis (veuillez nous adresser le numéro de compte, le code SWIFT, la domiciliation de la banque et le numéro routing - ABA),
- par virement sur un compte dans un autre pays (veuillez nous adresser le numéro de compte, le code SWIFT et la domiciliation de la banque).

Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais peuvent être facturés par notre banque. Ils seront déduits du montant de vos remboursements :

- pour un virement sur un compte bancaire en France : aucun frais bancaire n'est retenu ;
- pour un virement dans un compte bancaire domicilié en Europe (hors France) : les frais sont partagés (50% - 50% entre *Vous* et *Nous*), quel que soit le montant du virement ;
- pour un virement effectué dans le reste du monde (hors Europe) :
  - pour un virement inférieur à 75 €, les frais bancaires sont partagés (50% - 50% entre *Vous* et *Nous*),
  - pour un virement supérieur à 75 €, l'intégralité des frais est à votre charge.

De plus, votre banque est susceptible d'appliquer des frais bancaires. Ceux-ci resteront à votre charge.

**Tout remboursement est subordonné à l'observation des indications prévues au paragraphe 8.1.**

## 8.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

### Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?

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

- soit en téléphonant au +33 (0)1 41 61 23 25,
- soit par fax au +33 (0)1 44 51 51 15.

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

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

### 8.2.1. CONDITIONS D'APPLICATION

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

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

### 8.2.2. GARANTIES COMMUNES AUX FORMULES MINI ET COMPLÈTE

#### 8.2.2.1. Transport médical, rapatriement sanitaire

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

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

La destination du rapatriement est :

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

Si *Vous* êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre *Pays de nationalité* ou de votre lieu de résidence dans votre *Pays de destination*, Europ Assistance organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre lieu de résidence dans votre *Pays de destination* ou à votre domicile dans votre *Pays de nationalité*. Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne ou l'avion sanitaire. Le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, de la nécessité de votre accompagnement et des moyens utilisés relève exclusivement de la décision de l'*Équipe médicale*.

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

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

#### 8.2.2.2. Frais de recherche et de secours

La garantie a pour objet le remboursement de vos frais de recherche et de secours nécessités par une intervention, sur un domaine privé ou public, d'équipes spécialisées dotées de tous moyens y compris l'usage d'un hélicoptère, afin de vous localiser et de vous évacuer jusqu'au centre d'accueil adapté le plus proche, **à hauteur de 5 000 € par Assuré et 15 000 € par événement**. Dans tous les cas, la garantie est limitée au montant des frais que *Vous* êtes tenu sur facture de rembourser en tout ou partie aux organismes officiels étant intervenus. La garantie intervient en complément des garanties dont *Vous* disposez par ailleurs. *Vous* (ou toute personne agissant en votre nom), devez aviser Europ Assistance immédiatement verbalement, au plus tard dans les 48 heures suivant l'intervention, en précisant les raisons qui la motivent.

#### 8.2.2.3. Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil

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

Les frais de cercueil liés au transport organisé par Europ Assistance sont pris en charge **à concurrence de 1 500 € maximum**. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif d'Europ Assistance.

#### 8.2.2.4. Accompagnement du défunt

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

#### 8.2.2.5. Avance de caution pénale à l'Étranger

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

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

*Vous* êtes tenu de rembourser cette avance à Europ Assistance :

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

### 8.2.3. GARANTIES VALABLES UNIQUEMENT POUR LA FORMULE COMPLÈTE

#### 8.2.3.1. Présence d'un *Membre de votre famille* en cas d'hospitalisation supérieure à 6 jours

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à 6 jours consécutifs, Europ Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* **un titre de transport aller-retour** en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe pour se rendre sur place.

Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* en âge de majorité juridique.

Europ Assistance organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) **pendant 10 nuits maximum à raison de 80 € par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.**

#### 8.2.3.2. Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place

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

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

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

#### 8.2.3.3. Retour anticipé en cas de décès ou d'hospitalisation d'un *Membre de votre famille*

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

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

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

#### 8.2.3.4. Retour des membres de la famille assurés

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

#### 8.2.3.5. Retour après *Consolidation* dans votre *Pays de destination*

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, *Vous* êtes en mesure de reprendre votre activité professionnelle, Europ Assistance, après accord de son *Équipe médicale*, organise votre retour dans votre *Pays de destination* afin de reprendre la mission interrompue. Europ Assistance prend en charge **le titre de transport aller simple** en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe. Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie « Envoi d'un collaborateur de remplacement ».

#### 8.2.3.6. Envoi d'un collaborateur de remplacement

Si l'*Assuré* décède ou si son rapatriement sanitaire nécessite une hospitalisation supérieure à 10 jours, Europ Assistance organise et prend en charge **un titre de transport aller simple** en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe afin d'envoyer un collaborateur de remplacement depuis le *Pays de nationalité* de l'*Assuré* vers le *Pays de destination*. Cette demande doit être faite par l'*Adhérent* au plus tard dans un délai de 8 jours après le décès ou suite à la décision médicale du service assistance d'effectuer le rapatriement. Cette prestation n'est pas cumulable avec la garantie « Retour après *Consolidation* ».

#### 8.2.3.7. Retour anticipé au *Domicile sinistré*

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

#### 8.2.3.8. Frais d'avocat à l'*Étranger*

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

Europ Assistance prend en charge les frais d'avocat sur place **à concurrence de 3 000 € maximum par événement.**

#### 8.2.3.9. Transmission de messages urgents

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

#### 8.2.3.10. Assistance voyage si perte ou vol d'effets personnels

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

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

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

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

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

#### 8.2.3.11. Retard de bagages

On entend par bagages, vos sacs de voyage, vos valises ainsi que vos effets ou objets personnels qu'ils contiennent. Sont assimilés aux objets personnels, les objets de valeur dont le prix est supérieur ou égal à 500 € ainsi que les bijoux (les perles fines et de culture, les pierres précieuses et les pierres dures) et les fourrures vous appartenant. Sont assimilés aux bagages, les ordinateurs portables, les agendas électroniques, les matériels audio-visuels, les appareils photos, les appareils vidéo ou HIFI, vous appartenant. Si vos bagages, enregistrés et placés sous la responsabilité de la compagnie aérienne, ne vous sont pas remis 24 heures après votre arrivée à destination de votre vol régulier, Europ Assistance vous indemnise **à concurrence de 200 €** des frais engagés pour vous procurer des achats d'urgence et de première nécessité.

#### 8.2.3.12. Retour impossible

En cas de survenance d'un événement qualifié de *Force majeure* par les autorités publiques de votre *Pays de destination* et qui vous empêcherait de retourner définitivement dans votre *Pays de nationalité*, Europ Assistance prend en charge vos frais supplémentaires de séjour sur place, **à hauteur de 80 € par nuit (frais de restauration et d'hébergement uniquement), pour une durée maximale de 5 nuits.**

La garantie ne prend effet qu'après déclaration de l'état de *Force majeure* par les autorités publiques du pays dans lequel *Vous* séjournez et après l'accord préalable d'Europ Assistance. Tous les frais engagés sans l'accord préalable d'Europ Assistance ainsi que tous les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement qualifié de *Force majeure* n'ouvrent droit à aucune prestation. En cas de survenance d'un événement de *Force majeure*, toutes les garanties du contrat sont maintenues pour 5 jours maximum à partir de la date de fin inscrite sur votre *Attestation d'assurance*.

#### 8.2.3.13. Retour anticipé en cas d'attentat ou de catastrophe naturelle

Si *Vous* êtes, sur les conseils des autorités locales de votre *Pays de destination* ou de celles de votre *Pays de nationalité*, en raison d'événements rendant le régime politique instable ou en raison de catastrophes naturelles (telles qu'un tremblement de terre ou une inondation), obligé de quitter le lieu de votre séjour, *Vous* pouvez bénéficier de la garantie retour anticipé. Pour cela, veuillez transmettre à Europ Assistance, dès votre retour dans votre *Pays de nationalité*, tous les justificatifs vous permettant de vous faire rembourser le coût du transport jusqu'à concurrence du prix d'un billet d'avion (classe économique) ou de train (1<sup>ère</sup> classe). **Cette garantie est acquise uniquement en dehors de votre Pays de nationalité.**

#### 8.2.3.14. Traductions de documents légaux et administratifs

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

### 8.2.4. LIMITATIONS DE GARANTIES

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

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

## 8.3. ASSISTANCE JURIDIQUE :

### 8.3.1. INFORMATIONS JURIDIQUES ET PRÉVENTION

Une équipe de juristes spécialisés vous informe de vos droits et vous délivre tout renseignement d'ordre pratique et juridique. *Vous* obtiendrez également toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos droits et de vos intérêts à titre préventif pour éviter un *Conflit*.

*Vous* pouvez interroger ce service quel que soit le domaine de droit concerné et obtenir une réponse **en langues française, anglaise, espagnole ou allemande** en composant le **+33 (0)9 69 32 96 87, 24h/24, 7j/7**. Le numéro de votre contrat vous sera demandé pour l'utilisation de ce service.

### 8.3.2. ASSISTANCE JURIDIQUE EN CAS DE LITIGE

Lorsque *Vous* rencontrez un *Litige* qui vous oppose à un *Tiers identifié*, que votre demande est juridiquement fondée, et que ce *Litige* survient dans le cadre de votre vie privée ou en tant que salarié, *Vous* bénéficiez d'une garantie dans les domaines suivants **à concurrence de 16 000 € par Litige et par Année d'assurance :**

- **Domaine pénal :** *Vous* bénéficiez de la défense de vos intérêts lorsque *Vous* êtes poursuivi devant une juridiction répressive ou une commission administrative à la suite d'un *Sinistre* garanti au titre de la garantie *Responsabilité civile* (voir paragraphe 8.4), dès lors que *Vous* n'êtes pas représenté par l'avocat mandaté par l'organisme assureur pour la défense des intérêts civils.
- **Domaine logement :** *Vous* êtes garanti pour les *Conflits* avec le propriétaire de votre logement. Seront notamment pris en charge les *Litiges* relatifs aux travaux intérieurs d'entretien, d'aménagement ou d'embellissement, les *Litiges* relatifs aux troubles de voisinage ou aux problèmes de charges.
- **Domaine administration :** *Vous* êtes garanti pour les *Litiges* que *Vous* rencontrez avec les administrations locales (hors administration fiscale), les services publics et les collectivités territoriales.

- **Domaine achat internet** : Vous êtes garanti pour les *Litiges* relatifs à la transaction effectuée sur un site internet.
- **Domaine recours** : l'organisme assureur intervient pour réclamer au responsable identifié la réparation d'un dommage matériel ou corporel que Vous subissez à la suite d'un *Accident*.

Une équipe de juristes met tous les moyens en œuvre pour régler vos *Litiges* et défendre au mieux vos intérêts. Ils sont à votre disposition pour vous aider à constituer un dossier complet.

Pour bénéficier de cette garantie, Vous devez apporter les éléments suffisants permettant de démontrer que Vous êtes face à un *Litige* (factures, devis...). En ce sens, les dépenses afférentes à cette démarche préalable restent à votre charge.

### Recherche d'une solution amiable

Après l'étude complète de votre dossier, les juristes, spécialistes de la négociation, engagent les démarches juridiques nécessaires auprès de votre *Adversaire*, afin de trouver en priorité une solution amiable au *Différend* qui vous oppose. Cette démarche est la plus efficace et la plus rapide pour faire valoir vos droits.

### Prise en charge des frais de justice

Si aucune solution amiable n'est envisageable, ou lorsque la situation le nécessite, l'organisme assureur porte votre *Litige* devant la juridiction compétente et prend alors en charge les frais engendrés (les frais d'avocat, les frais d'expertise judiciaire, les frais et honoraires d'avoué et d'huissier de justice) par toute action en justice dans la limite des plafonds définis ci-après.

Ces honoraires comprennent les frais de secrétariat et de déplacement et sont indiqués toutes taxes comprises.

FRAIS DE JUSTICE COUVERTS	PLAFONDS
Recours amiable ayant abouti	250 € par affaire
Assistance à expertise, à mesure d'instruction	275 € pour la première intervention 90 € pour chacune des interventions suivantes
Recours précontentieux en matière administrative	
Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	
Transaction amiable menée à terme	400 € par affaire
Médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	
Référé et requête	400 € par ordonnance
Juge de proximité	340 € par affaire
Tribunal de Police / Défense pénale	340 € par affaire
Tribunal d'Instance (et tribunaux de même degré)	520 € par affaire
Tribunal de Grande Instance (et tribunaux de même degré)	750 € par affaire
Cour d'Appel	850 € par affaire
Cour d'Assises, Cour de Cassation, Conseil d'état	1 500 € par affaire

Si l'affaire est portée devant une juridiction étrangère, l'organisme assureur règle les honoraires correspondant à la juridiction française équivalente.

L'organisme assureur prend en charge les frais d'exécution de la décision rendue en votre faveur si votre débiteur est localisé et solvable. À défaut, l'organisme assureur cesse son intervention.

Lorsqu'il est nécessaire de faire appel à un avocat, l'organisme assureur prend en charge ses honoraires. Vous pouvez choisir votre avocat habituel, ou choisir votre avocat parmi ceux inscrits au barreau du tribunal compétent. L'organisme assureur peut enfin, si Vous le préférez, vous proposer un avocat partenaire, sur demande écrite de votre part.

### Comment bénéficier de la garantie ?

Dès que Vous en avez connaissance, Vous devez déclarer le *Litige* pour lequel Vous souhaitez une intervention par téléphone au +33 (0)9 69 32 96 87 ou par e-mail à [expat@soluciapij.fr](mailto:expat@soluciapij.fr) ou par écrit à Solucia PJ - 3, boulevard Diderot - CS 31246 - 75590 Paris Cedex 12 - FRANCE.

Si *Vous* déclarez avec retard le *Litige* et que ce retard cause un préjudice à l'organisme assureur, celui-ci pourra refuser d'intervenir.

Le *Litige* doit être survenu après la prise d'effet de la garantie et doit être déclaré pendant la période de validité du contrat. Si *Vous* déclarez votre *Litige* par écrit, *Vous* devrez adresser une déclaration rapportant précisément les circonstances du *Litige*, le numéro de votre contrat, vos coordonnées postales et téléphoniques ainsi que celles de votre contradicteur et toutes les pièces justifiant votre réclamation. Les frais et actions ne doivent pas être engagés sans l'accord de l'organisme assureur. Toutes les actions à entreprendre sont décidées d'un commun accord entre *Vous* et l'organisme assureur. À défaut de cet accord préalable, leurs frais et conséquences resteront à votre charge, sauf s'il s'agit de mesures conservatoires urgentes.

### Clause d'arbitrage

Dans le cas d'un désaccord entre *Vous* et l'organisme assureur, l'organisme assureur appliquera l'article 127-4 du Code des assurances français qui définit les mesures à prendre pour régler un *Litige*.

*Vous* et l'organisme assureur pouvez désigner d'un commun accord une tierce personne pour arbitrer votre *Différend*. Si cette personne ne peut être choisie de cette façon, elle est nommée par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris, agissant en référé. Les frais ainsi occasionnés sont à la charge de l'organisme assureur.

Cependant, le Président du Tribunal peut en décider différemment s'il juge qu'il a été abusivement fait appel à cette procédure. Si *Vous* avez engagé à vos frais une procédure contentieuse qui aboutit à une solution plus favorable que l'organisme assureur - ou la tierce personne indiquée qui a été désignée - propose, l'organisme assureur vous rembourse, dans la limite du montant de la garantie.

*Vous* pouvez également soumettre ce désaccord à l'appréciation d'une tierce personne librement désignée par *Vous*, reconnue pour son indépendance et habilitée à donner des conseils juridiques. *Vous* informerez l'organisme assureur de cette désignation, ses honoraires seront alors pris en charge par l'organisme assureur dans la limite de 200 €.

La mise en œuvre d'une procédure d'arbitrage suspend tous les délais de recours contentieux, jusqu'à ce que la tierce personne ait proposé une solution. Cette suspension vise toutes les instances juridictionnelles couvertes par le contrat et auxquelles *Vous* pouvez vous adresser.

### Conflits d'intérêts

En cas de conflit d'intérêts, notamment lorsque deux assurés de l'organisme assureur s'opposent, *Vous* pouvez librement choisir votre avocat ou une personne qualifiée pour vous assister. Ses honoraires et frais seront alors pris en charge par l'organisme assureur dans la limite du présent contrat.

## 8.4. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE :

### 8.4.1. OBJET DE LA GARANTIE

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

- de votre propre fait ou du fait des personnes dont *Vous* répondez ;
- des choses et animaux dont *Vous* êtes propriétaire ou gardien ;
- de la pratique de tous sports et activités de plein air (sauf *Exclusions* détaillées au paragraphe 9) ;
- de la responsabilité encourue lors de la participation à des stages d'entreprise à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés au matériel utilisé à l'occasion du stage ;
- de la location d'un appartement,
  - en cas de dommages causés aux appartements voisins du vôtre,
  - en cas de dommages corporels ou matériels causés à vos invités.

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

### 8.4.2. PLAFONDS DE LA GARANTIE

- *Dommmages corporels* : **4 500 000 € par Sinistre.**
- *Dommmages matériels* et *immatériels* consécutifs causés aux tiers : **460 000 € par Année d'assurance**, les *Dommmages immatériels* étant compris dans la somme assurée à concurrence de 20% soit **92 000 €**. **Franchise absolue de 75 € par Sinistre.**
- *Dommmages matériels* causés pendant le stage : **12 000 € par Année d'assurance. Franchise absolue de 75 € par Sinistre.**

#### Comment bénéficier de la garantie ?

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

Veuillez écrire à : [France.DeclarationsRC@Chubb.com](mailto:France.DeclarationsRC@Chubb.com)

## 8.5. INDIVIDUELLE ACCIDENT :

### 8.5.1. EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

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

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

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

#### Attribution des prestations

Si l'Assuré décède, le capital est versé au(x) Bénéficiaire(s) indiqué(s) sur la Demande d'adhésion, ou à ceux que Vous avez désigné(s) ultérieurement.

Vous pouvez modifier la clause de désignation lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation de cette dernière par le Bénéficiaire qui la rend irrévocable. La désignation de Bénéficiaire peut en outre être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, Vous pouvez porter au contrat les coordonnées de ce dernier.

À défaut de désignation de Bénéficiaire ou si la désignation s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées à votre conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital garanti ou cosignataire avec Vous d'un Pacte Civil de Solidarité, à défaut à vos enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à vos ascendants par parts égales, à défaut à vos autres héritiers.

Si l'Assuré décède et que l'Assuré est âgé de 16 à 18 ans, le capital garanti revient à ses parents par parts égales entre eux et à défaut à ses autres héritiers.

#### Comment bénéficiaire de la garantie ?

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 8.5.2. EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

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

En cas d'Invalidité permanente partielle, le montant du capital est réductible en fonction du taux d'Invalidité reconnu. Le taux d'Invalidité est fixé par le Médecin Conseil de l'organisme assureur après consolidation des blessures.

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

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

#### Comment bénéficiaire de la garantie ?

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

- transmettre tout document prouvant votre identité et votre situation de famille ;
- faire parvenir un certificat du médecin appelé à donner les premiers soins et décrivant la nature exacte de votre état actuel, des lésions et de leurs conséquences ;

- transmettre tout document nécessaire pour établir la matérialité et l'importance de l'*Accident* ;
- vous soumettre à l'examen du médecin de l'organisme assureur.

## 8.6. ASSURANCE BAGAGES :

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

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

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

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

**Pour tout Sinistre, une Franchise de 30 € restera à votre charge.**

### Comment bénéficier de la garantie ?

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

## 9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

### 9.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, sont exclus de la garantie frais de santé ainsi que leurs suites et conséquences :

- toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la *Date d'effet* du contrat ou pendant le *Délai d'attente* ;
- les pathologies préexistantes : toute *Maladie*, affection ou blessure, ou symptômes liés à celles-ci, qui se sont manifesté(e)s avant la date d'adhésion au contrat, dont l'*Assuré* a eu connaissance, ou auraient raisonnablement pu avoir connaissance ;
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et/ou non reconnue dans le pays où le traitement a lieu ;
- les soins nécessitant un *Accord préalable*, dispensés sans *Accord préalable* (en cas d'*Hospitalisation* sans *Accord préalable*, une *Franchise* de 20% sera appliquée à votre remboursement) ;
- les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'*Assuré* ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les frais qui auraient pu être effectués au retour de l'*Assuré* dans son *Pays de nationalité* ;
- les frais liés à la maternité (grossesse et accouchement y compris les complications de grossesse) et à l'interruption volontaire de grossesse ;
- tout traitement lié à la stérilité, à la fertilité ou à la contraception ;
- les frais annexes tels que les frais de téléphone en cas d'*Hospitalisation* ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la *Maladie* ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- les frais de parapharmacie, les soins cosmétiques, les produits d'hygiène, les crèmes solaires et/ou hydratantes, les produits de maquillage, les traitements de confort, les vitamines et minéraux, les compléments alimentaires, les produits diététiques, les aliments pour bébé, les eaux minérales ;
- les thermomètres et tensiomètres ;
- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement ;
- les hormones de croissance ;



- les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection ;
- les traitements (hospitalisation, consultations, pharmacie, tests de diagnostic et analyses) de psychothérapie, de psychiatrie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses ;
- les consultations de psychologues ;
- l'ergothérapie, la logopédie et le traitement des troubles psychomoteurs ;
- l'automutilation ;
- le trouble du déficit de l'attention avec ou sans l'hyperactivité ;
- le traitement des troubles alimentaires ;
- le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- la thalassothérapie et les cures thermales ;
- les frais de vaccination ;
- les soins, examens et traitements de la peau (hors traitements du cancer) ;
- la pédicure ;
- les auxiliaires médicaux autres que kinésithérapeute et infirmier ;
- les implants dentaires, la parodontologie et tout traitement d'orthodontie ;
- l'opération ou l'extraction des dents de sagesse ;
- tout soin dentaire ne présentant pas un caractère d'urgence tel que : examens dentaires de routine, détartrages, conditions préexistantes comprenant les caries/cavités, les soins de reconstruction, les couronnes et/ou réparation de couronnes ou tout autre traitement non nécessaire au soulagement de la douleur ;
- les prothèses dentaires, les frais d'optique et les autres prothèses, sauf si les frais font suite à un *Accident caractérisé* ;
- la chirurgie au laser des yeux (y compris la correction de la myopie) et le traitement de la cataracte ;
- la médecine de ville pour la formule Mini, sauf si les frais font suite à un *Accident* et si un certificat médical a été présenté ;
- l'opération de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- toute *Hospitalisation* programmée, au moment de l'adhésion, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes ;
- les bilans de santé, les tests de routine et check-up ;
- les séjours en gériatrie, en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires ;
- les centres hospitaliers et structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours ;
- les séjours en maison de repos ou de convalescence ne faisant pas suite à une *Hospitalisation* médicale ou chirurgicale ;
- les traitements expérimentaux ;
- toute dépense non médicalement nécessaire ;
- les traitements non reconnus par les *Autorités médicales* du pays dans lequel ils se déroulent ;
- la chambre privée pour la formule Mini,
- les traitements préventifs.

En cas de choix de l'Option 2, est également exclue toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties).

## 9.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, ne sont pas garantis au titre de la garantie assistance rapatriement les frais résultant des faits ou événements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit, et ne pourront donner lieu à l'intervention d'Europ Assistance) :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'*Assuré* de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les *Maladies préexistantes* antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les états de grossesse, les accouchements et leurs suites concernant les nouveau-nés, les interruptions volontaires de grossesse ;
- l'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;

- les *Maladies* ou malformations congénitales ;
- les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les conséquences de la participation à un pari, un défi, un duel ou un crime ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique des activités sportives ;
- les frais de séjour sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance ;
- les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Ne sont pas pris en charge :

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

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

- les frais engendrés sans l'accord préalable d'Europ Assistance ;
- les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement de *Force majeure* telle que définie au paragraphe 2 et constaté par les autorités publiques compétentes.

En outre, sont exclus de la garantie les frais de recherche et de secours :

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

### 9.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, l'organisme assureur ne peut intervenir :

- pour les *Litiges* relatifs aux droits des personnes et de la famille ;
- si la responsabilité de l'*Assuré* est mise en cause et que les dommages dont il est responsable auraient dû être pris en charge au titre d'une assurance légalement obligatoire. L'organisme assureur n'intervient pas si une garantie présente dans l'un de ses contrats d'assurance prévoit l'indemnisation directe de son préjudice en dehors de toute recherche de responsabilité ;
- pour les *Litiges* relatifs au droit de la propriété intellectuelle, artistique, littéraire ou industrielle, ou concernant les marques, brevets ou droits d'auteur de l'*Assuré* ;
- pour les *Litiges* résultant de risques exceptionnels (guerre civile ou guerre étrangère, émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme, actes de vandalisme) ou découlant d'une catastrophe naturelle ;
- pour les *Litiges* résultant d'une faute intentionnelle de la part de l'*Assuré* ;
- pour les *Litiges* faisant l'objet d'un conflit entre l'*Assuré* et l'organisme assureur sauf lors de l'application de la clause Arbitrage ou Conflits d'intérêts ;
- pour les *Litiges* se rapportant à l'expression d'opinions politiques ou syndicales ;
- pour les *Litiges* concernant les immeubles de rapport ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine de l'urbanisme ;
- pour les *Litiges* se rapportant au domaine douanier ;
- pour les *Litiges* se rapportant au mandat d'une société civile ou commerciale qui a été confié à l'*Assuré*, ou à sa participation à son administration ou à sa gestion ;
- pour les *Litiges* qui concernent une activité professionnelle autre que celle salariée (bénévolat, associative ou syndicale) ;
- pour les *Litiges* relevant d'une caution consentie en dehors du cadre familial ou consentie dans le cadre d'une activité professionnelle ;
- pour les *Litiges* concernant le surendettement de l'*Assuré* ou son insolvabilité, le règlement d'une dette ou l'obtention de délais de paiement ;
- pour les *Litiges* résultant d'une infraction au Code de la route en vigueur dans le pays où l'*Assuré* se trouve.

L'organisme assureur ne prend jamais en charge :

- les amendes et les sommes de toute nature que l'*Assuré* peut être tenu de payer ou de rembourser à la partie adverse ;
- les frais et honoraires liés à l'établissement du préjudice de l'*Assuré* ainsi que les enquêtes pour identifier ou retrouver l'*Adversaire* ;
- les honoraires de résultat ;
- les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés du seul fait de l'*Assuré* ;
- les actions et frais afférents engagés sans le consentement de l'organisme assureur (notamment la saisine d'un avocat) ;
- les frais de représentation, de postulation et de déplacement si l'avocat de l'*Assuré* n'est pas inscrit au barreau du tribunal compétent ;
- les consignations pénales, les cautions.

#### 9.4. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :

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

#### 9.5. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, sont exclus de la présente garantie :

- les suites et conséquences des *Maladies*, insulations ou autres effets de la température (sauf si elles sont la conséquence d'un *Accident* garanti), les noyades étant toujours garanties ;
- les ruptures d'anévrisme, attaques de paralysie ou apoplexie, l'angine de poitrine et ses conséquences et toutes les conséquences d'affections vasculaires, les hernies de toute nature, lumbagos, rhumatismes, varices, dermatoses et, quelles qu'en soient les circonstances d'apparition, les *Accidents* ayant pour origine un état pathologique de la victime.

#### 9.6. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSURANCE BAGAGES :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 9.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :

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

## 9.7. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

Sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- des faits intentionnels de l'*Adhérent* ou de l'*Assuré*, et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'*Assuré* ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense) ;
- de la participation volontaire à des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide, de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'*Assuré* (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre* dans le pays de survenance) ;
- des *Accidents* de circulation en véhicule à deux roues si l'*Assuré* ne portait pas de casque ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblement de terre, inondation, raz de marée et autres cataclysmes, sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des *Maladies préexistantes* antérieurs à la *Date d'effet* du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des *Maladies* ou malformations congénitales et non déclarées à l'adhésion ;
- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que : l'ULM, le deltaplane, le parapente, le pilotage d'automobile, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, l'escalade (hors support artificiel), la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, le kitesurf, le free-running, le parkour, le hockey sur glace, le speed riding, le base jump, le sky-surfing, la chute libre, la randonnée/le trek nécessitant l'usage de corde/piolet/crampons, les sports de défense et de combat et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la pratique de sport à titre professionnel - Cette exclusion ne concerne pas les enseignants et coachs sportifs. Néanmoins, leur participation à une compétition sportive ne sera pas couverte. L'exclusion sur les sports présentant des caractéristiques dangereuses s'applique également ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération ;
- de la pratique de la chasse ;
- de la participation à des cursus et programmes d'études sportifs ;
- de la pratique de tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- de la pratique d'activités sportives impliquant l'utilisation ou la présence d'un animal telles que l'équitation, les compétitions équestres et les corridas ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'*Assuré* a la qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- de la pratique de la voile et de la navigation en haute mer à titre privé ou professionnel (au-delà de 200 miles nautiques) ;
- de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou *Maladies préexistantes* survenues avant la date de signature de la Demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite Demande d'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'*Assuré* par courrier et acceptée par l'*Assuré*.

## 10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Il a été conclu par l'Association des Assurés APRIL (Association loi 1901, située 114 boulevard Vivier Merle, 69439, Lyon Cedex 3, FRANCE, qui a pour objet d'étudier, de souscrire et de promouvoir tout type de contrat d'assurance au profit de ses adhérents, de créer un esprit de solidarité internationale entre eux, de mettre à leur disposition des moyens d'information et de gestion adéquats et d'assurer leur représentation auprès de toute société d'assurance, et dont les statuts se trouvent en annexe de ce document :

**pour la garantie frais de santé** : une convention de groupe à adhésion facultative avec Groupama Gan Vie (convention n° 219/851 724), société anonyme au capital de 413 036 043 € (entièrement versé), immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 340 427 616 (code APE : 6511Z), située 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE ;

**pour la garantie assistance rapatriement** : une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec Chubb European Group SE (convention n°FRBBBA05125), entreprise régie par le Code des assurances français, au capital social de 896,176,662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, France, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

**La garantie assistance juridique** est assurée par Solucia PJ (contrat n° 1000 66 04), société anonyme au capital de 7 600 000 €, régie par le Code des assurances français, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 481 997 708. Siège social : 3 boulevard Diderot, CS 31246, 75590 Paris Cedex 12, FRANCE.

**Les garanties Responsabilité civile vie privée, stages et locative, assurance Bagages et Individuelle accident** sont assurées par Chubb European Group SE (contrat n° FRBOPA10170), entreprise régie par le Code des assurances français, au capital social de 896,176,662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, France, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374.

**Pour les garanties assurées par Chubb European Group SE :**

Respect des sanctions économiques & commerciales : lorsque la garantie ou le paiement de l'indemnité ou du sinistre prévus par ces conventions enfreint les résolutions des Nations Unies ou les sanctions, lois ou règlements économiques et commerciaux de l'Union européenne, du Royaume-Uni, d'une législation nationale ou des États-Unis d'Amérique, une telle garantie ou un tel paiement d'indemnité ou de sinistre sont nuls et non avenues.

La gestion administrative de ces assurances est déléguée à APRIL International Care France, société par actions simplifiées au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 309 707 727 et à l'ORIAS sous le numéro 07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), située 14 rue Gerty Archimède, 75012, Paris FRANCE.

## 10.2. CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour les garanties frais de santé et assistance juridique : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE,
- pour les garanties assistance rapatriement, *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative, *Individuelle accident* et assurance *Bagages* : CHUBB European Group SE est soumise aux contrôles de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

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

L'adhésion au contrat Magellan est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes Conditions générales et l'*Attestation d'assurance*.

Elle est soumise à la législation française et notamment à son Code des assurances.

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

## 10.3. PRESCRIPTION :

**Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance ».**

**Toutefois, ce délai ne court :**

**1- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,**

**2- en cas de Sinistre, que du jour où Vous en avez eu connaissance, si Vous prouvez que Vous l'avez ignoré jusque-là.**

**La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le *Bénéficiaire* est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'*Assuré* décédé.**

**Si votre action contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre Vous ou lorsque Vous l'avez indemnisé.**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, par la délégation d'un expert en cas de *Sinistre* ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception que Vous ou le *Bénéficiaire* nous adressez concernant le règlement des prestations ou que Nous vous adressons concernant le paiement des *Cotisations*.**

**Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil français sont :**

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

**En aucun cas il ne pourra être apporté de modification sur la durée de la prescription ni d'ajout sur ces causes de suspension ou d'interruption et ce, même en cas d'accord entre le *Souscripteur* et l'organisme assureur.**

## 10.4. SUBROGATION :

Il est stipulé que l'organisme assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances français relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

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

#### **10.5. CONTRÔLE :**

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

#### **10.6. RÉCLAMATION - MÉDIATION :**

La qualité de service est au cœur de nos engagements, mais si toutefois *Vous* souhaitez formuler une réclamation relative aux services fournis par notre société, *Vous* pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel.

Si la réponse fournie ne vous satisfait pas, *Vous* pouvez vous adresser à notre Service Réclamation dont les coordonnées sont les suivantes : Adresse : APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE  
E-mail : [reclamation@april-international.com](mailto:reclamation@april-international.com)

Pour votre information, nos assureurs partenaires Groupama Gan Vie (8 -10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE), Chubb European Group SE, (La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANCE) et Solucia PJ (3 boulevard Diderot, CS 31246, 75590 Paris Cedex 12, FRANCE), nous ont confié le traitement des réclamations.

*Nous* ferons le maximum pour vous apporter une réponse dans un délai maximal de 48 heures ouvrées et nous engageons à vous tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation dans ce même délai si pour des raisons indépendantes de notre volonté celui-ci devait être prolongé.

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, *Vous* pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au Médiateur - « La Médiation de l'Assurance » - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - FRANCE.

Si l'adhésion au présent contrat a été effectuée à distance par Internet, *Vous* pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

*Nous* vous informons que les données recueillies pour le traitement de votre réclamation font l'objet d'un traitement informatique par notre société aux fins de suivi du traitement des réclamations et ne peuvent être communiquées qu'à l'organisme assureur, à ses réassureurs et à la holding APRIL, ainsi qu'à nos prestataires partenaires pour la mise en œuvre de vos garanties. *Vous* disposez d'un droit de communication, de rectification, d'opposition, et de suppression des données vous concernant (voir paragraphe 10.7).

#### **10.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :**

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

Si vous renoncez à votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous  
et l'adresser à APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

## RENONCIATION

Article L.112-9 du Code des assurances français

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

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

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

Nom du contrat : **Magellan Réf. Ma 2021**

Référence du contrat :

Date de signature de la Demande d'adhésion :  /  /

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /

Date et signature de l'adhérent :

/  /

Réservé à APRIL International Care France : n° client



april International Care

Siège social :

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE

Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com)

[www.april-international.com](http://www.april-international.com)

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727 - Intermédiaire en assurances

Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.



## STATUTES

### ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

---

Updated 17<sup>th</sup> April 2018

---

#### CONTENTS

TITLE 1 – CREATION – PURPOSE – HEADQUARTERS – DURATION .....	p.2
TITLE II – MEMBERS AND CONDITIONS OF MEMBERSHIP .....	p.3
TITLE III – LIABILITY OF AND ENFORCEABILITY ON MEMBERS .....	p.4
TITLE IV – RESOURCES – EXPENSES .....	p.4
TITLE V – SOCIAL OUTREACH .....	p.5
TITLE VI – ADMINISTRATION AND OPERATION .....	p.5



## TITLE I – CREATION – PURPOSE – HEADQUARTERS – DURATION

### Article 1. CREATION AND NAME

An Association named the “Association des Assurés APRIL”, or abbreviated to Association 3A, was founded by private deed in Lyon on 1<sup>st</sup> January 1984. It is governed by the French Act of 1<sup>st</sup> July 1901 and the Decree of 16<sup>th</sup> August 1901.

It is a non-profit association.

On 27<sup>th</sup> April 2018 the Extraordinary General Meeting of the Association des Assurés APRIL recorded the effective completion of the merger of the Association des Assurés d’APRIL INTERNATIONAL with the Association des Assurés APRIL and the automatic dissolution without liquidation of the Association des Assurés APRIL INTERNATIONAL.

### Article 2. PURPOSE

The purpose of this Association is:

- to study, research, arrange and develop all types of insurance and assistance products and services, particularly in the field of death & disability, health and retirement, in order to optimise for its Members, the purchase of supplementary or additional voluntary benefits, or benefits from the 1<sup>st</sup> euro, as required in addition to the benefits provided by the mandatory schemes, in particular by the signing of group insurance contracts with optional or compulsory membership;
- to raise awareness amongst its Members of the essential aspects of prevention in order to enable them to take care of their health on the one hand and, on the other hand, to obtain preferential terms from insurance companies which take into account the responsible behaviour of its Members in matters of health;
- to carry out statistical studies and analyses on the day-to-day behaviour of its Members in the field of health and personal risk insurance;
- to implement actions in respect of prevention, support and assistance to the Insured through an Outreach Fund.

### Article 3. HEAD OFFICE

The head office is located in the 3<sup>rd</sup> district of Lyon at 114 boulevard Marius Vivier Merle.

It may be transferred by decision of the Board which has the power to amend the statutes for this purpose.



#### **Article 4. DURATION**

The association is formed for an unlimited period. It ceases to exist, however, in the event of voluntary, statutory or judicial dissolution.

### **TITLE II – MEMBERS AND CONDITIONS OF MEMBERSHIP**

#### **Article 5. COMPOSITION**

The Association is made up of Members broken down into:

- Members;
- Members with non-salaried status;
- Group Members (companies, organisations or other legal entities) who have signed up to one of the agreements entered into by the Association on behalf of their employees.

To be a Member of the Association, you must be covered by the insurance under one of the agreements entered into by the Association and have paid the membership fee.

Member status is acquired from the date of receipt of the application for membership and payment of the membership fee, subject to acceptance of membership of the insurance agreement by the insurer. If the application for membership is not accepted, the membership fee will be refunded no later than thirty days after notification of refusal by the insurer.

The following are also Members, but without voting rights, by decision of the Board:

- Persons or legal entities that serve or have served the Association with distinction. They are known as honorary members or members of honour;
- Persons or legal entities that have made a donation or bequest to the Association. They are known as supporting members.

#### **Article 6. LOSS OF MEMBERSHIP STATUS**

Membership is lost in the following cases:

- death, disappearance or absence for individuals;
- voluntary or legal liquidation or dissolution for legal entities;
- expulsion decided by the Board for breaches of these statutes or if conduct is found to conflict with the financial and moral interests of the Association;



- loss of insured status under one of the agreements entered into by the Association (termination, disenrollment or cancellation);

- resignation submitted to the Chairman at the Association's registered office by registered letter with proof of receipt. A copy of the letter issued by the administrator of the plan(s) confirming the termination of their insurance must be enclosed with this letter; these terminations must meet the conditions stipulated in the information notice(s) serving as the general conditions of the plan(s).

In all cases, any membership fees charged for the year in which the loss of membership status occurs will be retained by the Association.

### **TITLE III – LIABILITY OF AND ENFORCEABILITY ON MEMBERS**

#### **Article 7. LIABILITY OF MEMBERS**

Members who have signed up to the agreements entered into by the Association are in no way personally liable for commitments made by the Association with liability being limited to the assets of the Association.

#### **Article 8. ENFORCEABILITY ON MEMBERS**

Any membership of the Association falls within the framework of the insurance agreements entered into by the Association and the insurers. The content of these agreements, in particular the conditions and consequences of termination of the agreements by the Association or the insurer, is given to Members when they join the Association and the plan in the form of an information notice serving as the general conditions.

### **TITLE IV – RESOURCES - EXPENSES**

#### **Article 9. ASSOCIATION RESOURCES**

The Association's resources are made up of:

- the membership fees paid by Members;
- income from its property;
- sums received in return for services provided by the Association;
- grants or payments authorised by law;
- any other resources not prohibited by law.



## **Article 10. EXPENSES**

The expenses of the Association consist of all sums necessary for its operation and representation. They are ordered by the Board or by any other person appointed by the Board for this purpose.

## **TITLE V – SOCIAL OUTREACH**

### **Article 11. OUTREACH FUND**

An Outreach Fund has been created for the purpose of financing support and assistance to Members.

The amount allocated annually to the Outreach Fund is decided by the Board which sets out the guidelines, missions and operating rules.

The various Outreach Actions carried out by the Association and their conditions of access and award are set out in the Association Rules and Regulations.

## **TITLE VI – ADMINISTRATION AND OPERATION**

### **Article 12. BOARD OF DIRECTORS**

#### **1. Composition**

The Association is managed by a Board of Directors consisting of a minimum of six (6) members and a maximum of fifteen (15) members appointed for six (6) years. The members of the Board of Directors are appointed by the General Assembly and are chosen from among the Members of the Association.

More than half of the Board members must be Members who do not hold, or have not held in the two years preceding their appointment, any interest or office in the insurance companies having signed the insurance agreements entered into by the Association and who do not receive or have not received, during the same period, any remuneration from these same insurers.

Any current Directors who take up office in, or receive any remuneration whatsoever from, one of the insurance companies having signed an insurance agreement with the Association agree to immediately notify the Chairman by registered letter with proof of receipt.

If this declaration were to reduce the number of Directors who do not, or did not during the two years preceding their appointment, hold any interest or office in the insurance organisations having signed the insurance agreements entered into by the Association and who do not or did not during the same period receive any remuneration from these insurance companies, to less than 51%, the Director in question will automatically forfeit



his or her role as Director and will be replaced in accordance with article 12 of the statutes. In the event of a vacancy arising due to a death, a resignation, a Board member reaching the upper age limit or any other cause, the Board will provisionally replace these members. They will be permanently replaced at the next General Assembly. The term of office of any member elected in this way will come to an end when the term of office of the member they replaced would normally have expired.

If they are not ratified, the deliberations and actions of the Board during the period since the provisional appointment will nonetheless remain valid.

A third of the Board is renewed every 2 years. Outgoing members are eligible for re-election. The order of outgoing members is determined by the length of their term of office.

Any person aged 18 or over on the day of the election who is a Member of the Association and has paid the membership fee is eligible for Board membership.

The age limit for the position of Director is 70. If this age is reached during the term of office, the term of office will automatically end on the Director's anniversary date.

Any new application must be brought to the attention of the Chairman of the Board by registered letter received at least thirty days before the date of the General Assembly, together with:

- a copy of an identity document;
- a sworn declaration that no criminal convictions are held or no measures referred to in paragraphs 1 to 5 of Article L322-2 of the French Insurance Code apply;
- a certificate indicating the existence or absence of any office held with or remuneration received from any of the insurance organisations having signed an insurance agreement with the Association.

No-one can be a member of the Board of the Association, either directly or indirectly or by proxy, or administer, direct or manage the Association in any capacity whatsoever, or have the authority to sign on behalf of the Association if he or she has held any of the convictions or been subject to any of the measures referred to in paragraphs 1 to 5 of Article L322-2 of the French Insurance Code.

Each year the Board elects an executive committee by secret ballot of its members by a majority vote. This executive committee consists of a Chairman, a Vice-Chairman, a Secretary, a Treasurer and any deputies. Outgoing members of the executive committee are eligible for re-election. The Board may be assisted by any person it deems useful, whether or not they are members of the Association.



## 2. Board meetings

The Board meets as often as the interests of the Association require when convened by the Chairman. The Board may be convened by any means at his or her convenience.

The deliberations of the Board are minuted and recorded in a register signed by the Chairman and at least one Director.

The Board will be valid only if more than half of the Directors are present.

Decisions of the Board are taken by a majority of the Directors present. In the event of a tie, the Chairman has the casting vote. Only items on the agenda may be put to a vote.

Any member of the Board who, without justification, fails to attend three consecutive meetings may be excluded by the Board, having first been given the opportunity to comment.

## 3. Remuneration

Directorships are not remunerated. However, expenses and disbursements incurred in the performance of their duties are reimbursed on the basis of documentary evidence. The financial report presented at the Ordinary General Assembly must state the amount of expenses and disbursements reimbursed to Directors.

## 4. Powers

The Board is vested generally with the widest powers to act on behalf of the Association. It sets the amount of the membership fee payable by members of the Association.

It can delegate authority to the Chairman or to a member of the executive committee.

## 5. Functions and powers of the Chairman – Functions of the Secretary and the Treasurer

The members of the executive committee are specially entrusted with the following responsibilities:

1. The **Chairman** directs the work of the Board and is responsible for the running of the Association. He or she is the Association's representative in legal proceedings and in all civil acts. He or she has full authority in this respect. He or she may delegate his or her authority to another Director. In his or her absence, the Vice-Chairman will deputise.
2. The **Secretary** is responsible for correspondence, in particular for sending out the various notices to attend meetings. He or she drafts the minutes of proceedings and transcribes them in the records and carries out all formalities required by law.
3. The **Treasurer** is responsible for managing the Association's assets and accounts. He or she collects revenue and makes payments under the supervision of the Chairman. He or she submits an annual administration report to the General Assembly in order that it may rule on the accounts.



The duties of the members of the Executive Committee may not be remunerated in any form whatsoever.

## **Article 13. GENERAL ASSEMBLIES**

### **1. General Assemblies**

#### **1.1. Ordinary General Assembly**

At least once a year, Members are invited to attend the Ordinary General Assembly in accordance with the procedure described above.

The General Assembly hears:

- the management report prepared by the Board covering the operation of insurance agreements entered into by the Association. This report is made available to Members who request it;
- the auditor's reports;
- the chairman's report;
- the financial report.

The General Assembly, having deliberated and ruled on the various reports, approves the accounts for the previous financial year (calendar year) and deliberates on all other points on the agenda.

It provides for the renewal of Board members under the conditions set out in Article 12 of these statutes.

#### **1.2. Extraordinary General Assembly**

Extraordinary General Assemblies are convened under the conditions set out above.

The Extraordinary General Assembly rules on matters within its exclusive jurisdiction: amendments to the statutes and mergers or dissolutions.

### **2. Notices to attend**

#### **2.1. Notices to attend the Ordinary and Extraordinary General Assemblies**

Members of the Association, as defined in article 5 who are members on the day of the decision to issue notices to attend and who have paid their membership fee, meet at least once a year at the Ordinary General Assembly and as required at an Extraordinary General Assembly.

Meetings of Ordinary General Assemblies and Extraordinary General Assemblies consist of all Members of the Association who have paid their membership fee.





The invitation is personal and is valid if extended by the Board:

- either by letter or email sent at least sixty calendar days before the date of the General Assembly;
- or by an announcement in a publication sent out to all Members.

General Assemblies are convened by the Chairman of the Association or, for Extraordinary General Assemblies, at the request of at least 10% of Members. In this case, notices to attend the Extraordinary General Assembly must be sent out within eight days of filing the request and the Extraordinary General Assembly must be held within thirty days of these notices being sent out.

Notices to attend must specify the date, time, place and agenda planned and drawn up by the Board.

Draft resolutions signed by at least one hundred Members are also included on the agenda, if they are sent by registered letter to the Chairman of the Board at least forty-five days before the date set for the General Assembly.

Only resolutions passed by the General Assembly on items on the agenda will be considered valid.

Notices to attend must also state that, in the absence of a quorum, they serve as notices to attend a second General Assembly.

### **3. Voting rights**

#### **3.1. Voting rights at Ordinary and Extraordinary General Assemblies**

Each Member of the Association has voting rights and one vote at Ordinary and Extraordinary General Assemblies.

Legal entity members of the Association are represented by their legal representative.

Each individual Member has the right to name another Member or his or her spouse as their proxy. A single Member cannot hold more than 5% of voting rights. The proxy vote applies to only one General Assembly, or two if a quorum is not reached at the first meeting, or if two Assemblies – one Ordinary and one Extraordinary – are held on the same day.



Blank proxy forms returned to the Association are allocated to the Chairman or to his or her delegate on the Board and enable a vote to be held on the adoption of draft resolutions presented or approved by the Board.

#### 3.1.1. Ordinary General Assembly

Decisions of the Ordinary General Assembly are adopted by a majority vote.

All decisions are taken by a show of hands.

However, if at least a quarter of Members in attendance make the request, votes can be cast by secret ballot.

For the election of Board members, a secret ballot is compulsory.

#### 3.1.1. Extraordinary General Assembly

Decisions of the Extraordinary General Assembly must be taken by a two-thirds majority of Members in attendance or represented.

Votes are held by a show of hands unless at least a quarter of Members in attendance request voting by secret ballot.

## **4. Meetings of the Assemblies**

Assemblies are chaired by the Chairman of the Association who may delegate his or her duties to the Vice-Chairman or to another Director.

Proceedings are recorded in the minutes, entered in a special register and signed by the Chairman and the Secretary. The minutes are available at the Association headquarters.

An attendance sheet is completed and certified by the Chairman and the Secretary.

All Members, including those who are absent, are bound by the decisions of the General Assembly within the limits of the powers conferred by these statutes.

### **4.1. Meetings of the Ordinary and Extraordinary General Assemblies**

Ordinary and Extraordinary General Assemblies cannot validly deliberate unless at least one thousand Members are present or represented. If, at the first meeting, the General Assembly does not reach a quorum, a second meeting of the General Assembly is convened. The meeting can then deliberate validly regardless of the number of Members present or represented.

If a quorum is not reached, the second General Assembly may be held following the first with the same agenda.

By decision of the Chairman, the Ordinary and Extraordinary General Assemblies may be held remotely using electronic voting.



#### **Article 14. ASSOCIATION RULES AND REGULATIONS**

Association rules and regulations may be drawn up by the Board of Directors to supplement the statutory provisions.

#### **Article 15. DISSOLUTION – MERGER – TRANSFER OF ASSETS**

The dissolution of the Association or its merger or union with another organisation can only be approved if proposed by the Board at an Extraordinary General Assembly, in accordance with the conditions set out above.

In accordance with Article L140-6 of the French Insurance Code, in the event of the liquidation or dissolution of the Association, memberships of group insurance agreements which are active on the date of the dissolution or liquidation will continue as of right.

#### **Article 16. LANGUAGE**

These statutes are in French. If they are translated into other languages, only the French version is binding.

**Pierre-Henry MICHAUD**  
Chairman



**Jean-Louis FAVROT**  
Secretary

