

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS



Asia Expat

Conditions Générales 2011

Réf : As 2011



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

SOMMAIRE

1. SERVICES ASSOCIÉS À VOTRE CONTRAT	P. 3
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. SERVICES EN LIGNE.....	p. 3
1.4. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ET VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE ?	p. 4
2. DÉFINITIONS	P. 4
2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES.....	p. 4
2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	p. 5
2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	p. 5
2.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE.....	p. 5
2.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE	p. 6
3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	P. 6
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?.....	p. 6
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	p. 7
4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	P. 7
5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	P. 7
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?.....	p. 7
5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT.....	p. 7
5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT	p. 8
5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT.....	p. 8
5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?.....	p. 8
6. COTISATIONS	P. 9
6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?	p. 9
6.2. LES MODES DE PAIEMENT	p. 9
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?	p. 9
7. AJUSTEMENT DES GARANTIES ET DES COTISATIONS	P. 10
8. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	P. 10
9. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	P. 10
9.1. FRAIS DE SANTÉ.....	p. 10
9.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT.....	p. 15
9.3. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE/DOUBLE EFFET	p. 15
9.4. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE	p. 17
10. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	P. 19
10.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	p. 19
10.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT	p. 20
10.3. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE/DOUBLE EFFET	p. 21
10.4. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE	p. 21
10.5. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES	p. 21
11. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P. 22
11.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	p. 22
11.2. CADRE LÉGAL	p. 22
11.3. PRESCRIPTION	p. 22
11.4. SUBROGATION	p. 22
11.5. CONTRÔLE	p. 23
11.6. CONCILIATION	p. 23
11.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p. 23

● Remarque :

An English version of these General conditions & Booklet is available on www.aprilmobilite.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.

1. SERVICES ASSOCIÉS A VOTRE CONTRAT

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

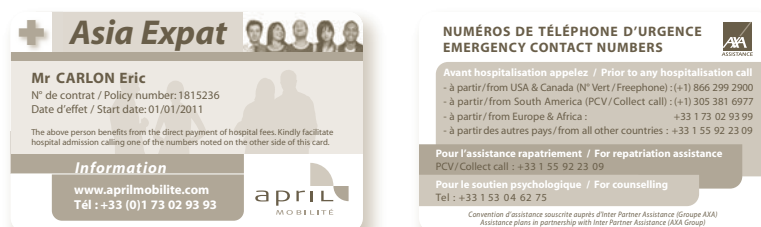
Ce service vous permet de ne pas avoir à régler vous-même vos frais d'*Hospitalisation*. En effet, sur simple demande, *Nous* contactons l'établissement dans lequel *Vous* êtes admis et nous chargeons ensuite de régler la facture d'*Hospitalisation* correspondant à votre séjour.

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 9.1.2.

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

- à partir des USA , du Canada ou de certaines régions du Mexique, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir d'un pays d'Amérique du Sud, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir d'un pays d'Europe ou d'Afrique, composer le + 33 (0)1 73 02 93 99, Fax : + 33 (0)1 73 02 93 70,
- à partir des autres pays, composer le + 33 (0)1 55 92 23 09.

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 rapatriement :

Il est impératif d'avoir l'accord obligatoire et préalable d'APRIL Mobilité Assistance pour bénéficier de vos garanties d'assistance rapatriement (voir paragraphe 9.2).

Pour cela, veuillez contacter APRIL Mobilité Assistance :

- par téléphone en France en PCV au +33 (0)1 55 92 23 09,
- par fax au +33 (0)1 55 92 40 50.

1.3. SERVICES EN LIGNE :

Depuis le site www.aprilmobilite.com (Espace particulier), *Vous* avez accès à votre espace assuré, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe.

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

- vos décomptes de remboursement ainsi que ceux des membres de votre famille, vos garanties ainsi que les présentes conditions générales,
- vos coordonnées personnelles et bancaires.

Vous pouvez télécharger les formulaires à compléter pour vos remboursements (voir paragraphe 9.1) :

- Formulaire d'*Attestation médicale confidentielle* (à faire compléter par votre médecin en cas d'*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 l'état de vos appels de *Cotisations* et votre mode de règlement.

1.4. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ET VOTRE *DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE* ?**Pour envoyer une demande de remboursement :**

Complétez le formulaire de demande de remboursement en y **joignant les originaux de vos factures et prescriptions médicales** et adressez ces éléments à :

APRIL Mobilité

Service Remboursements
110, avenue de la République
CS 51108
75127 Paris Cedex 11, FRANCE

Pour envoyer une *Demande d'entente préalable* :

Certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil (valable 6 mois). *Vous* aurez donc à faire compléter par le médecin qui prescrira ces actes un formulaire appelé "*Demande d'entente préalable*" et nous le retourner accompagné d'un devis détaillé à l'adresse indiquée ci-dessus ou par email à prestation@aprilmobilite.com avant d'engager les soins (voir paragraphe 9.1.3).

2. DÉFINITIONS

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

2.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

- A ACCIDENT** : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article L.1315 du Code Civil français, il vous appartient d'apporter la preuve de l'*Accident* et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité et qui paie les *Cotisations*.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.
- AUTORITÉ MÉDICALE** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où *Vous* vous trouvez.
- C CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document valant attestation d'assurance que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Asia Expat et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, les garanties et formules sélectionnées. Le *Certificat d'adhésion* correspond aux conditions particulières du contrat.
- 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 justificatif de sa qualité est faite.
- COTISATION** : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'EFFET** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée au *Certificat d'adhésion*.
- E EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- N NOUS** : APRIL Mobilité.
- P PAYS D'EXPATRIATION** : le pays de résidence où *Vous* séjournerez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.
- PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur la *Demande d'adhésion* ou, à défaut, le pays qui figure sur votre passeport ou tout

autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».

S SINISTRE : événement, maladie ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

2.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

A ASSURÉ, « VOUS » : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties frais de santé du présent contrat. C'est-à-dire *Vous* et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Ils sont alors inscrits au *Certificat d'adhésion*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.

ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE : questionnaire médical fourni par nos services médicaux en cas d'*Hospitalisation* et complété par votre praticien après examen de votre état de santé.

D 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 au *Certificat d'adhésion*.

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

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 dans le cadre de cette activité.

F FORFAIT JOURNALIER : part du prix de journée d'*Hospitalisation* non prise en charge par la Sécurité sociale française.

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

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

HOSPITALISATION DE JOUR : hospitalisation de moins de 24 heures pour laquelle un lit vous est attribué, sans que *Vous* ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.

R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION : si *Vous* êtes hospitalisé plus de 24 heures, *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 assuré à l'établissement hospitalier.

2.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

A ASSURÉ, « VOUS » : personne physique expatriée, âgée de moins de 71 ans, bénéficiaire d'un contrat ASIA Expat, résidant hors de son *Pays de nationalité*.

Dans le cadre d'une adhésion famille, sont également bénéficiaires, pour autant qu'ils résident dans votre *Pays d'expatriation* :

• votre *Conjoint*,

• vos enfants célibataires et fiscalement à charge jusqu'à 31 ans.

Les enfants de moins de 31 ans, poursuivant des études et ne vivant pas sous le même toit, sont également couverts.

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

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

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

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

MEMBRE DE LA FAMILLE : conjoint, concubin, enfant, frère, soeur, père, mère, beaux-parents, petits-enfants, grands-parents ou tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.

P PROCHE : toute personne physique désignée par vous ou un de vos ayants droit et domiciliée dans votre *Pays de nationalité*.

2.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :

A ASSURÉ, « VOUS » : *Assuré principal* et/ou son *Conjoint*.

B BÉNÉFICIAIRE : personne(s) choisie(s) par l'*Assuré* pour recevoir les prestations d'assurance.

En cas de décès de l'*Assuré*, le capital est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* indiqué(s) sur la Demande d'adhésion ou désigné(s) ultérieurement par l'*Assuré*. L'*Assuré* peut 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(s)* peut en outre être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le *Bénéficiaire* est nommément désigné, l'*Assuré* peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier.

Les conséquences de l'acceptation du *Bénéficiaire* sont les suivantes :

L'*Assuré* doit donner son accord préalable à toute acceptation du bénéfice du contrat par la personne désignée. L'acceptation peut prendre la forme, soit d'un avenant signé de l'organisme assureur, de l'*Assuré* et du *Bénéficiaire*, soit d'un acte authentique ou sous-seing privé signé de l'*Assuré* et du *Bénéficiaire* et notifié à l'organisme assureur.

L'acceptation du *Bénéficiaire* rend sa désignation irrévocable et aucune modification du contrat ne pourra être effectuée sans son accord.

À défaut de désignation de *Bénéficiaire(s)* ou si la désignation faite s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées au *Conjoint* survivant non séparé de corps judiciairement de l'*Assuré* au moment de l'exigibilité du capital garanti, à défaut à ses enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut à ses héritiers.

Pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, le *Bénéficiaire* est l'*Assuré*.

E ENFANT À CHARGE : voir définition au point 2.2 ci-dessus.

2.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :

A ASSURÉ, « VOUS » : *Assuré principal* et/ou son *Conjoint*.

F FRANCHISE : période d'arrêt de travail n'ouvrant pas droit aux indemnités versées par l'organisme assureur.

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 des options et garanties sélectionnées, les prestations suivantes :

- remboursement de frais de santé,
- garanties d'assistance rapatriement,
- capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie,
- indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

Ces garanties peuvent être sélectionnées indépendamment, sauf la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale qui implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie.

3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Pour la garantie frais de santé :

La garantie est acquise dans votre *Pays d'expatriation* (Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taiwan, Thaïlande, Vietnam) ainsi que lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs dans votre *Pays de nationalité*.

Elle est également acquise lors de séjours jusqu'à 60 jours consécutifs dans le reste du monde en cas d'*Accident* (sauf Bahamas, Canada, États-Unis, Japon, Suisse).

Pour la garantie assistance rapatriement :

La garantie est acquise dans les pays suivants : Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taiwan, Thaïlande, Vietnam et est étendue au reste du monde lors de séjours jusqu'à 90 jours consécutifs.

En cas de rapatriement décidé par APRIL Mobilité Assistance hors de la zone d'expatriation habituelle, la garantie frais de santé reste acquise.

Pour les garanties capital décès, perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :

Les garanties sont acquises dans votre *Pays d'expatriation* et sont étendues lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors de votre *Pays d'expatriation*.

Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de votre *Pays d'expatriation*, l'*Adhérent* doit nous faire part du changement de zone géographique.

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.aprilmobilité.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

Pour être admissible à l'assurance, *Vous* devez :

- être âgé, au moment de la *Date d'effet* du contrat, de :
 - moins de 71 ans pour la garantie assistance rapatriement,
 - moins de 66 ans pour la garantie frais de santé,
 - moins de 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale,
- résider dans l'un des pays suivants (hors de votre *Pays de nationalité*) : Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taiwan, Thaïlande, Vietnam pendant la durée du contrat,
- pour la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, exercer une activité professionnelle, sans aménagement du temps ou des conditions de travail pour raison de santé,
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat et notamment avoir complété et signé le Profil de santé au maximum six mois avant la *Date d'effet* du contrat.

Peuvent également bénéficier des garanties prévues par ce contrat les membres de votre famille, à savoir :

Pour la garantie frais de santé :

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

Pour la garantie assistance rapatriement :

- votre *Conjoint*,
- vos enfants célibataires et fiscalement à charge jusqu'à 31 ans.

Les enfants de moins de 31 ans, poursuivant des études et ne vivant pas sous le même toit, sont également couverts.

Pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :

- votre *Conjoint*.

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, *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 le *Certificat d'adhésion* et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant 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 première *Cotisation* et sous réserve de notre acceptation concrétisée par l'émission du *Certificat d'adhésion* précisant les garanties souscrites.

5.2 LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT :

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

- 6 mois pour les frais de soins dentaires ;
- 6 mois pour les frais de kinésithérapie, de chiropraxie et d'acupuncture ;
- 9 mois pour les frais liés à la maternité (grossesse, accouchement).

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.

Les *Délais d'attente* peuvent être abrogés (sauf pour les frais liés à la maternité) si *Vous* justifiez avoir bénéficié de garanties « frais de santé » au moins équivalentes à celles du contrat ASIA Expat au cours du mois précédant la date de prise d'effet du présent contrat.

Cette abrogation des *Délais d'attente* est soumise à notre accord suite à l'étude des garanties dont *Vous* bénéficiez précédemment.

5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUELEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle est renouvelée par tacite reconduction au premier janvier de chaque année, pour une durée d'un an, tant que les conventions restent en vigueur.

Vos garanties frais de santé sont viagères dès la date d'adhésion, c'est-à-dire que l'organisme assureur ne pourra résilier votre contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe 5.4 « Les garanties de votre contrat cessent ».

5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins (c'est-à-dire adressée au plus tard le 31/10). L'*Adhérent* a la faculté de résilier séparément les garanties qui composent son contrat (la sélection de la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie) ;
- b) en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 6.3) ;
- c) en cas de dénonciation de la convention par l'organisme assureur ou l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;
- d) pour *Vous* et chaque membre de votre famille, dès que *Vous* cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4) ;
- e) lorsque *Vous* n'êtes plus expatrié, sur présentation d'un document officiel en attestant ;
- f) dès que *Vous* atteignez l'âge de :
 - 71 ans pour la garantie assistance rapatriement,
 - 65 ans pour les garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie, indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et exonération du paiement des *Cotisations*.

En cas de résiliation par l'organisme assureur ou l'Association dans le cas énoncé à l'alinéa c), l'organisme assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'*Adhérent*, des garanties frais de santé équivalentes à celles en vigueur à la date de la résiliation. Après l'expiration d'un délai de deux ans suivant la *Date d'effet* du contrat, les mêmes dispositions sont applicables aux garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

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.

5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?

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

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

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

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

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

Si l'Adhérent a adhéré à distance :

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter de la réception du *Certificat d'adhésion*. La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. *Nous* sommes tenus de rembourser à l'Adhérent au plus tard dans les 30 jours toutes les sommes perçues en application du contrat. Toutefois, l'intégralité de la *Cotisation* reste due si l'Adhérent renonce au contrat alors qu'un *Sinistre* s'est produit pendant le délai de renonciation.

Pour les garanties capital décès, perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :

La signature de la Demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent. L'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours suivant la date de réception du *Certificat d'adhésion*. La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. L'Adhérent sera alors remboursé des sommes qu'il aura éventuellement réglées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Si l'Assuré demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de 30 jours, le droit de renonciation n'est plus applicable.

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

L'Adhérent doit adresser une lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL Mobilité Service Suivi Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

L'Adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

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

6. COTISATIONS

6.1. COMMENT EST DETERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

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

L'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul des *Cotisations* de la première année est l'âge à la *Date d'effet* du contrat. Pour chaque année suivante, l'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul des *Cotisations* est l'âge de l'Assuré au 1^{er} janvier de l'année considérée. Les taxes actuelles à la charge de l'Adhérent sont comprises dans la *Cotisation*. Tout changement du taux de ces taxes entrainera une modification du montant de la *Cotisation*.

En cas d'adhésion familiale pour la garantie frais de santé, 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.

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

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

6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en dollars américains (USD) annuellement, semestriellement ou trimestriellement, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent figurant sur la demande d'adhésion :

- virement bancaire,
- chèque (paiement annuel uniquement).

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 entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, *Nous* résilierons de plein droit le contrat. En outre, *Nous* pourrions réclamer en justice le paiement des *Cotisations* restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la *Cotisation* deviendra exigible immédiatement pour l'année entière, conformément au Code des assurances français.

Nous vous informons que le non-paiement et la résiliation du contrat pour non règlement n'effacent pas la dette. *Nous* mettrons tout en œuvre pour obtenir le règlement des *Cotisations* dues et pourrions faire appel à une société spécialisée dans le recouvrement

des impayés à l'international. Les majorations pour frais de gestion liées à nos actions ou celles de nos prestataires seront à la charge de l'*Adhérent*.

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

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

7. AJUSTEMENT DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

Les garanties et les *Cotisations* de la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale sont ajustées le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la variation du plafond de la Sécurité sociale française en vigueur au 1^{er} janvier de l'année précédente tant que le contrat est en cours.

Pour la détermination des prestations dues, les sommes assurées sont celles en vigueur au jour de l'arrêt de travail.

8. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

L'*Adhérent* peut modifier à tout moment le montant des garanties qu'il a choisi initialement (la prise d'effet se fait au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la réception de sa demande de modification). Notre Service Suivi Client est à la disposition de l'*Adhérent* (Tél : +33 (0)1 73 02 93 93, E-mail : suivi.client@aprilmobile.com).

En cas d'augmentation des garanties, *Vous* serez soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat. En cas de changement d'option en cours d'adhésion, les forfaits (dentaire, optique [...]) ne sont pas cumulatifs.

Nouveau-né : la déclaration de naissance doit nous être adressée dans le mois qui suit la naissance. À défaut un profil de santé sera demandé et l'adhésion du nouveau-né ne prendra effet qu'au 1^{er} du mois suivant l'acceptation médicale.

9. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

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

9.1. FRAIS DE SANTÉ :

Les frais sont remboursés poste par poste selon la formule de garantie choisie portée sur votre *Certificat d'adhésion*, conformément au tableau des garanties ci-après.

9.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

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 et qui seraient prises en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties).

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

Deux formules « frais de santé » sont proposées selon votre niveau d'exigence : BASIC et ADVANCED. La formule sélectionnée par l'*Adhérent* est portée sur le *Certificat d'adhésion*.

Pour les dépenses de santé facturées dans une autre devise que l'USD, 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 garantie pourront être indemnisés.

En cas de complication nécessitant au moins une *Hospitalisation* durant la grossesse ou de complication à l'accouchement ou d'accouchement prématuré, les frais en résultant et ceux liés à une éventuelle anomalie congénitale seront pris en charge à 100%

des *Frais réels*, dans la limite du plafond annuel par *Année d'assurance*, indiqué au tableau des garanties dans le poste Maternité.

TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES PRESTATIONS	Formule BASIC	Formule ADVANCED
Hospitalisation		
Plafond de remboursement par <i>Année d'assurance</i>		1 000 000 USD
<i>Hospitalisation</i> médicale, chirurgicale		100% des <i>Frais réels</i>
<i>Hospitalisation de jour</i>		100% des <i>Frais réels</i>
Règlement direct des frais d' <i>hospitalisation</i> de plus de 24h		délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Transport en ambulance si <i>Hospitalisation</i> prise en charge par APRIL Mobilité		100% des <i>Frais réels</i>
<i>Forfait journalier</i> (uniquement en France)		100% des <i>Frais réels</i>
Chambre particulière		100% des <i>Frais réels</i>
Lit d'accompagnement pour enfant		100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 10 jours/an (enfant de moins de 18 ans)
Traitement du cancer (radiothérapie et chimiothérapie)		100% des <i>Frais réels</i>
Greffe d'organe		100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 200 000 USD/an
Soins ambulatoires avant et suivant <i>Hospitalisation</i> (jusqu'à 30 jours avant et 90 jours suivant <i>Hospitalisation</i>)		100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 3 000 USD
Soins d'urgence		100% des <i>Frais réels</i>
Soins infirmiers à domicile*		100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 182 jours/an
Soins dentaires d'urgence suite à un <i>Accident</i>		100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 50 000 USD/an
Maternité Délai d'attente 9 mois		
Plafond de remboursement par <i>Année d'assurance</i>		5 000 USD
Soins pré et post natals		100% des <i>Frais réels</i>
Accouchement		100% des <i>Frais réels</i>
Médecine - Soins ambulatoires		
Plafond de remboursement par <i>Année d'assurance</i>	non pris en charge	5 000 USD
Consultations et visites de médecins généralistes	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Consultations et visites de médecins spécialistes	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Analyses, radiographies, scanners, électrocardiogrammes	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Pharmacie	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>
Kinésithérapie et chiropraxie - Délai d'attente 6 mois**	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 60 USD/séance et jusqu'à 15 séances/an
Acupuncture - Délai d'attente 6 mois**	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 45 USD/séance et jusqu'à 10 séances/an
Hormonothérapie substitutive	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 2 000 USD/an
Dentaire Délai d'attente 6 mois**		
Plafond de remboursement par <i>Année d'assurance</i>	non pris en charge	1 000 USD
Examen de routine (y compris détartrage et polissage)	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 100 USD/an (un examen maximum par an)
Soins dentaires : extraction, obturation à l'amalgame, radiographie, détartrage parodontal	non pris en charge	100% des <i>Frais réels</i>

* Actes soumis à accord préalable (se reporter au paragraphe 9.1.3).

** Délais d'attente abrogés si Vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois (sauf pour le poste « Maternité »), sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du certificat de radiation correspondant (se reporter au paragraphe 5.2).

Plafonds :

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

9.1.2. COMMENT OBTENIR LE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES ?

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 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 obtenir ce formulaire 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 ou du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir d'un pays d'Amérique du Sud, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir d'un pays d'Europe ou d'Afrique, composer le + 33 (0)1 73 02 93 99, Fax : + 33 (0)1 73 02 93 70,
- à partir des autres pays, composer le + 33 (0)1 55 92 23 09.

Pour faciliter le traitement de votre demande :

- en cas d'*Hospitalisation* programmée, veuillez nous transmettre les justificatifs médicaux indiqués ci-dessus, 5 jours au plus tard avant votre admission à l'hôpital, pour que puisse être mis en place le service de règlement direct en cas d'accord médical ;
- en cas d'*Hospitalisation* d'urgence, veuillez nous contacter dès que possible afin que vous soit transmis le formulaire *Attestation médicale confidentielle* (à faire compléter par votre praticien) nécessaire à l'étude de votre demande.

9.1.3. 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 (valable 6 mois). 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 assuré accessible à partir du site www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93.

Sont soumis à accord préalable les actes en série (soins infirmiers, soins pré et post natals...) au-delà de 20 séances par Année d'assurance.

Votre Demande d'entente préalable doit nous être transmise à l'adresse ci-après :

APRIL Mobilité

Service Remboursements
110, avenue de la République
CS 51108
75127 Paris Cedex 11, FRANCE
E-mail : prestation@aprilmobilite.com

9.1.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?



Quels documents joindre à votre demande de remboursement ?

Veillez compléter le **formulaire de demande de remboursement** disponible dans votre espace assuré accessible à partir du site www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info@aprilmobilite.com et nous le retourner dans les 6 mois qui suivent la date des soins, accompagné des pièces suivantes :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais et ordonnances acquittées, datées et mentionnant vos noms, prénoms et date de naissance, le genre de maladie, la nature, la date des visites et soins donnés, accompagnés des preuves de paiement. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments, et indiquer la monnaie locale ;
- si les soins sont dispensés en France, *Vous* devez joindre les originaux des feuilles de soins, ordonnances et vignettes pharmaceutiques ainsi que les originaux des bordereaux de remboursement déjà effectués par d'autres organismes avec votre numéro de contrat ;
- si les soins nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire de *Demande d'entente préalable* accepté par nos services médicaux.

Pour obtenir le remboursement de vos frais d'Hospitalisation, Vous devez :

(si *Vous* n'avez pas utilisé le service de *Règlement direct des frais d'Hospitalisation* présenté au paragraphe 9.1.2)

- faire compléter par votre médecin le formulaire « *Attestation médicale confidentielle* » précisant 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.
- nous le retourner accompagné du compte rendu hospitalier à l'attention de notre Médecin Conseil :
 - par fax : + 33 (0)1 73 02 93 60,
 - par email : hospitalisation@aprilmobilite.com,
 - par courrier : 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

Le formulaire « *Attestation médicale confidentielle* » est disponible dans votre espace assuré accessible à partir du site www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par email à info@aprilmobilite.com.

Vos demandes de remboursement doivent nous être transmises à l'adresse ci-après :

APRIL Mobilité

Service Remboursements
110, avenue de la République
CS 51108
75127 Paris Cedex 11, FRANCE

En cas de désaccord sur le montant du règlement, *Vous* devez nous avertir dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte. Aucune réclamation ne sera acceptée passé ce délai.

Vous pouvez être remboursé :

- par virement sur un compte étranger en USD :
 - pour tout remboursement à hauteur de la contrevaletur de 250 €, les frais sont partagés,
 - pour tout remboursement supérieur à la contrevaletur de 250 €, la totalité des frais est à votre charge,
- par virement sur un compte en France sur demande expresse (*Nous* consulter pour voir les conditions).

Afin de vous garantir la bonne réception du remboursement, *Nous* n'émettons pas de chèque en USD.

Tout remboursement est subordonné à l'observation des prescriptions ci-dessus.

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 s'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.

9.2 ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Comment bénéficier de l'assistance rapatriement ?

Il est impératif d'avoir **l'accord obligatoire et préalable d'APRIL Mobilité Assistance** pour bénéficier des garanties ci-après :

- soit en téléphonant en France au +33 (0)1 55 92 23 09,
- soit par fax au +33 (0)1 55 92 40 50.

APRIL Mobilité 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.

9.2.1. 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 APRIL Mobilité Assistance a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès en vous communiquant un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais sont remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par APRIL Mobilité Assistance si celle-ci avait elle-même organisé le service.

APRIL Mobilité 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.

9.2.2. RAPATRIEMENT SANITAIRE

En cas d'*Accident* ou de *Maladie*, les médecins d'APRIL Mobilité 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'APRIL Mobilité Assistance recommande votre rapatriement, APRIL Mobilité 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 résidence principale dans votre *Pays d'expatriation*,
- soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre pays d'origine si différent) ou votre résidence principale dans votre *Pays d'expatriation*.

Si *Vous* êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre *Pays de nationalité* ou de votre lieu de résidence principale dans votre *Pays d'expatriation*, APRIL Mobilité Assistance organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre lieu de résidence principale dans votre *Pays d'expatriation* ou votre *Pays de nationalité*.

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, 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. APRIL Mobilité Assistance peut vous demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié.

9.2.3. PRÉSENCE D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à 6 jours consécutifs, APRIL Mobilité Assistance met à la disposition d'un *Membre de votre famille* un titre de transport aller-retour en avion classe

économique ou en train 1^{ère} classe pour se rendre sur place. APRIL Mobilité Assistance organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) **pour une durée de 10 nuits maximum, à concurrence de 115 USD par nuit.**

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

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

9.2.4. RAPATRIEMENT DU CORPS OU DES CENDRES JUSQU'AU DOMICILE

Si *Vous* décédez, APRIL Mobilité Assistance organise et prend en charge le rapatriement du 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). APRIL Mobilité 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 le service assistance sont pris en charge **à concurrence de 2 200 USD 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 du service assistance.

9.2.5. PRÉSENCE D'UN PROCHE AUPRÈS DU DÉFUNT

Si la présence sur place d'un *Membre de la famille* ou d'un *Proche* s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance de l'*Assuré* décédé et les formalités de rapatriement ou d'incinération, APRIL Mobilité Assistance met à disposition un titre de transport aller retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si l'*Assuré* était seul sur place au moment de son décès.

9.2.6. LIMITATIONS DE GARANTIE

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

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

9.3. CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE/DOUBLE EFFET :

9.3.1. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

a) Choix et montant du capital

Cette garantie a pour objet de verser au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital en cas de décès si *Vous* décédez avant votre 65^{ème} anniversaire.

Le choix du montant du capital garanti varie entre 20 000 USD et 400 000 USD. Le montant de ce capital est fixé librement par l'*Adhérent*.

Ultérieurement, l'*Adhérent* a la possibilité d'opter pour un montant différent ; en cas de choix de capital supérieur, des formalités médicales seront demandées.

b) Garantie décès toute cause

Si *Vous* décédez, quelle qu'en soit la cause, l'organisme assureur verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital égal à 100% du capital choisi.

c) Garantie décès par Accident

Si *Vous* décédez consécutivement à un *Accident* (y compris les accidents du travail ou les maladies d'origines professionnelles), l'organisme assureur verse un capital supplémentaire égal à 100% du capital choisi et versé au titre de l'alinéa *b)* ci-dessus.

La garantie s'applique à condition que le décès survienne, au plus tard, six mois après l'Accident ou la reconnaissance de la maladie d'origine professionnelle.

Par maladie d'origine professionnelle, on entend les maladies énumérées par les tableaux publiés en application de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale française.

d) formalités à accomplir en cas de Sinistre et paiement des prestations

Le décès doit être déclaré le plus rapidement possible en adressant à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, les pièces originales justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- un extrait de l'acte de décès ;
- un certificat médical du médecin ayant constaté le décès, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ;
- un rapport de police ou toute autre autorité compétente en cas de décès suite à un *Accident* ;
- tout document prouvant l'identité du ou des *Bénéficiaire(s)*.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander des pièces complémentaires.

Le règlement du capital est effectué au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) dans les quinze jours suivant la date de réception des pièces justificatives et étude du dossier par l'organisme assureur.

Si'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 *Bénéficiaires*.

9.3.2. GARANTIE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

a) Définition de la garantie

Perte totale et irréversible d'autonomie : votre inaptitude totale et irrémédiable médicalement constatée à tout travail ou occupation pouvant vous procurer gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire. La perte totale et irréversible d'autonomie, due à une maladie ou un *Accident* garanti(e) au titre du présent contrat et constatée avant votre 65^{ème} anniversaire, est assimilée au décès. Le capital assuré en cas de décès, déterminé par référence à la date de constatation médicale de la perte totale et irréversible d'autonomie, vous est versé par anticipation.

Pour ouvrir droit à la garantie, votre perte totale et irréversible d'autonomie doit être consolidée avant votre mise à la retraite et au plus tard avant votre 65^{ème} anniversaire, même si l'*Accident* ou la maladie qui en est la cause est antérieur.

Le versement du capital décès par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'ensemble de vos garanties décès (à l'exception de la garantie Double effet) et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

b) Formalités à accomplir en cas de *Sinistre* et paiement des prestations

La déclaration de la perte totale et irréversible d'autonomie vous incombe et *Vous* êtes tenu d'en apporter la preuve à l'organisme assureur par notre intermédiaire au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant notamment :

- un certificat détaillé du médecin traitant ;
- éventuellement, la notification de l'attribution, par un régime social de base, d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne ;
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille ;
- un rapport de police ou autres autorités compétentes en cas de décès suite à un *Accident* ;
- le cas échéant, tout document précisant la cause et les circonstances de l'*Accident* ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie.

Reconnaissance et contrôle par l'organisme assureur de la perte totale et irréversible d'autonomie

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, l'organisme assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'intéressé à toutes expertises médicales jugées utiles pour apprécier, reconnaître ou contrôler la perte totale et irréversible d'autonomie.

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'organisme assureur portant sur la perte totale et irréversible d'autonomie, *Vous* et l'organisme assureur choisirez ensemble un troisième médecin pour vous départager.

***Vous* déclarez vous soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncez à toute procédure dans tout autre pays.**

Mode de règlement du capital

Le capital garanti est exigible six mois après la date de reconnaissance, par l'organisme assureur, de la perte totale et irréversible d'autonomie et sous réserve du maintien de cet état.

9.3.3. CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS DE VOTRE *CONJOINT* SURVENANT SIMULTANÉMENT OU POSTÉRIEUREMENT AU VÔTRE (DOUBLE EFFET)

a) Définition de la garantie

Si votre *Conjoint* décède avant l'âge de 65 ans, que cet événement se produit simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent votre décès) ou postérieurement à votre décès (dans les 6 mois suivant votre décès), un capital est versé au profit du ou des *Enfants à charge* à la date de votre décès et qui demeurent encore à la charge de votre *Conjoint* au sens du contrat à la date du décès de ce dernier.

Le montant de ce capital est fixé à 50% du capital défini à l'alinéa *b)* du paragraphe 9.3.1 et versé lors du décès de votre *Conjoint*.

b) Formalités à accomplir en cas de *Sinistre* et paiement des prestations

Les pièces justificatives nécessaires au paiement comprennent notamment :

- un extrait de l'acte de décès ;
- un certificat médical du médecin ayant constaté le décès, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ;
- un rapport de police ou de toute autre autorité compétente en cas de décès suite à un *Accident* ;
- tout document prouvant l'identité du ou des *Bénéficiaire(s)*.

Le règlement des sommes dues est effectué dans les conditions prévues au paragraphe 9.3.1.

Attribution du bénéfice du capital : le capital garanti revient au(x) *Enfant(s) à charge* à la date de votre décès et qui demeurent encore à charge de votre *Conjoint* au sens du contrat à la date du décès de ce dernier.

9.3.4. EXONÉRATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

a) Exonération du paiement des *Cotisations*

Si *Vous* êtes en arrêt total de travail consécutivement à une maladie ou à un *Accident* survenant avant la date de votre 65^{ème} anniversaire, les *Cotisations* relatives aux garanties sélectionnées (hors assistance rapatriement) cessent d'être dues :

- si les garanties en cas d'arrêt de travail ne sont pas sélectionnées : à compter du 91^{ème} jour d'arrêt total et continu de travail ;
- si les garanties en cas d'arrêt de travail sont sélectionnées : à compter du 31^{ème} ou 61^{ème} jour d'arrêt de travail total et continu, selon l'option choisie.

Vous êtes considéré en arrêt total et continu de travail si *Vous* vous trouvez en état d'incapacité temporaire totale de travail ou en état d'invalidité totale permanente tel que défini au paragraphe 9.4.1.2, reconnu par l'organisme assureur.

b) Maintien des garanties

Tant que l'*Adhérent* est exonéré du paiement des *Cotisations* dans les conditions de l'alinéa *a)* ci-dessus, les garanties sélectionnées accordées en cas de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie sont maintenues aux conditions prévues aux articles correspondants.

Le maintien des garanties est accordé tant que dure l'arrêt de travail ouvrant droit au bénéfice de l'exonération.

Il prend fin lors de votre aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle, quelle que soit la nature de cette activité.

En cas de résiliation du contrat, les garanties sont maintenues au montant atteint à la date de résiliation.

9.4. INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :

9.4.1. GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL

La sélection de cette garantie implique la sélection préalable de la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie prévue au paragraphe 9.3.1. et l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée.

9.4.1.1. OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet le service d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'une rente annuelle en cas d'invalidité permanente, consécutive à une maladie ou à un *Accident*.

9.4.1.2. DÉFINITIONS

Par incapacité totale de travail, il faut entendre une incapacité temporaire totale consécutive à une maladie ou à un *Accident* qui vous place temporairement dans l'incapacité physique constatée médicalement et reconnue par l'organisme assureur, d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un *Accident* entraînant l'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 la maladie ou à l'*Accident*.

9.4.1.3. MONTANT DES PRESTATIONS

a) Incapacité temporaire

Lorsque l'organisme assureur vous reconnaît en état d'incapacité temporaire totale de travail, il vous verse une indemnité journalière à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale et continue pour maladie ou *Accident* de 30 jours ou 60 jours selon l'option choisie. Le montant des indemnités journalières est choisi par l'*Adhérent* entre un minimum et un maximum, en corrélation avec le montant minimum obligatoire du capital décès sélectionné. Ce montant est indiqué sur le *Certificat d'adhésion* la 1^{ère} année et ensuite sur le dernier appel de *Cotisation*.

Le total mensuel des indemnités journalières que *Vous* percevez ne peut être supérieur à 70% de votre salaire brut mensuel.

b) Invalidité permanente

Vous êtes reconnu en état d'invalidité permanente à la double condition :

- que *Vous* soyez atteint d'une invalidité physique ou mentale ;

et

- que *Vous* soyez atteint d'une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, sur la base d'une diminution de la capacité physique ou mentale consécutivement à un *Accident* ou une maladie.

Le taux d'invalidité professionnelle est ensuite déterminé de 0 à 100% d'après le taux et la nature de l'invalidité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la manière dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou l'*Accident*, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

À partir du taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle, le taux d'invalidité est déterminé d'après le barème d'invalidité ci-dessous.

Le montant de la rente sélectionnée par l'*Adhérent* est indiqué au *Certificat d'adhésion*, soit 360 fois le montant de l'indemnité journalière sélectionnée.

- Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'organisme assureur, par voie d'expertise, est supérieur ou égal à 66%, l'invalidité est réputée totale. Le montant de la rente versée est égal au montant de la rente sélectionnée.
- Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'organisme assureur, par voie d'expertise, est compris entre 34% et 65%, l'invalidité est réputée partielle.

Le montant de la rente versée est égal au $n/66^{\text{ème}}$ de la rente d'invalidité totale sélectionnée, « n » étant le taux d'invalidité déterminé par l'organisme assureur.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'organisme assureur est inférieur ou égal à 33%.

BARÈME D'INVALIDITÉ

TAUX PROFESSIONNEL	TAUX FONCTIONNEL								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10						37	40	43	46
20				37	42	46	50	55	58
30			36	42	48	53	58	62	67
40			40	46	52	58	63	69	74
50		36	43	50	56	63	68	73	79
60		38	46	53	60	66	73	79	84
70		40	48	56	63	70	77	83	89
80		42	50	58	66	73	80	87	93
90		43	52	61	67	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

9.4.1.4. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PRÉVUES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL**a) Reconnaissance et contrôle par l'organisme assureur de l'état d'incapacité ou d'invalidité**

L'organisme assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler votre état d'incapacité ou d'invalidité. À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'organisme assureur doivent pouvoir se rendre auprès de *Vous* et *Vous* vous engagez à les recevoir et à les informer loyalement de votre état. **Si *Vous* vous opposez aux visites et/ou aux examens médicaux,**

L'organisme assureur est autorisé à interrompre de plein droit le paiement des prestations.

En cas de désaccord entre votre médecin et celui de l'organisme assureur, portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, *Vous* et l'organisme assureur choisirez ensemble un troisième médecin pour vous départager.

***Vous* déclarez vous soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncez à toute procédure dans tout autre pays.**

b) Paiement des prestations

Incapacité temporaire : l'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu, tant que *Vous* êtes en état d'incapacité temporaire totale de travail, jusqu'au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente et, au plus tard, jusqu'au 1 095^{ème} jour à compter de la date de l'arrêt de travail ou de la déclaration tardive.

Son versement cesse au plus tard le jour où *Vous* atteignez votre 65^{ème} anniversaire.

Invalidité permanente : le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité. La rente vous est versée, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel *Vous* atteignez l'âge de 65 ans.

c) Reprise de travail inférieure à deux mois

Lorsque, ayant commencé à bénéficier des prestations prévues ci-dessus, *Vous* reprenez votre activité et devez l'interrompre moins de deux mois après cette reprise, lesdites prestations sont à nouveau versées sans application de la *Franchise* (30 ou 60 jours selon l'option sélectionnée par l'*Adhérent*), sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail et si la preuve peut être apportée que la nouvelle cessation d'activité résulte de la même cause que la précédente.

d) Revalorisation des prestations

Les indemnités journalières et les rentes annuelles versées en cas d'arrêt de travail sont revalorisées dès le 366^{ème} jour qui suit la date d'arrêt de travail et tous les ans à la même date.

Elles sont revalorisées en fonction de la variation du plafond de la Sécurité sociale française en vigueur au 1^{er} janvier de l'année précédente et en fonction des possibilités du fonds de revalorisation. Cette revalorisation sera maintenue au niveau atteint en cas de résiliation du contrat.

9.4.1.5. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La déclaration de l'arrêt de travail vous incombe et *Vous* êtes tenu de l'adresser à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, dans les 30 jours suivant la date d'arrêt de travail, par lettre recommandée. Cette déclaration doit être accompagnée de :

- un certificat médical précisant la date d'arrêt de travail et la durée probable de l'incapacité et de la nature de la maladie ou de l'*Accident* ;
- un justificatif de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée ;
- pour les *Assurés* salariés : une déclaration de *Sinistre* de votre employeur et une attestation de salaire brut sur les 12 derniers mois incluant les primes et bonus perçus, les coordonnées de votre employeur,
- pour les *Assurés* non salariés : la copie de la déclaration d'imposition sur le revenu de l'année précédente.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration.

Dès que votre arrêt de travail prend fin, *Vous* devez adresser à l'organisme assureur, par notre intermédiaire, un certificat de reprise de votre activité.

Si l'incapacité dure encore au-delà de la date prévue pour la reprise du travail, un nouveau certificat médical devra être fourni indiquant la durée probable du nouvel arrêt et la nature de la maladie ou de l'*Accident*.

Cette formalité est renouvelée chaque fois que l'incapacité se prolongera au-delà de la date prévue pour la reprise du travail.

10. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

10.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 10.5. ci-après, sont exclus de la garantie frais de santé :

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales ;
- les traitements (*Hospitalisation*, consultations, pharmacie...) de psychothérapie, de psychanalyse, de psychiatrie, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses ;

- les frais annexes, tels que les frais de téléphone en cas d'*Hospitalisation* ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport (dans le cadre d'une *Hospitalisation*) autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- 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 actes d'auxiliaires médicaux (hors kinésithérapie, chiropraxie et acupuncture) ;
- les frais de prothèses et appareillages, y compris les prothèses dentaires ;
- les soins nécessitant une entente préalable, dispensés sans entente préalable.

10.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 10.5. ci-après, 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'APRIL Mobilité 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* 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 à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas :
 - les états de grossesse et leurs éventuelles complications et dans tous les cas après la 28^{ème} semaine d'aménorrhée ;
 - les accouchements et leurs suites concernant les nouveau-nés ;
 - les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique ;
- 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.

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*.

10.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :

Se reporter au paragraphe 10.5.

10.4. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE :

La garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale n'intervient qu'en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un *Accident*. La maternité n'étant pas une maladie, seuls les arrêts de travail en cours de grossesse ayant une cause pathologique (c'est-à-dire médicalement justifiés) seront pris en charge au titre de cette garantie. Le congé maternité/paternité n'étant pas un arrêt de travail pour maladie demeure exclu de la garantie.

Les *Exclusions* prévues au paragraphe 10.5 ci-après s'appliquent également à la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

10.5. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

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

- des faits intentionnels de l'*Adhérent* ou de l'*Assuré* et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'*Assuré* ;
- de la 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, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf en cas de légitime défense) ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie, de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'*Assuré* (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre* dans le pays de survenance) ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des maladies, affections, malformations antérieures 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'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, 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 kite-surf ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération à titre professionnel, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si l'*Assuré* a 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 de plaisance en haute mer ;
- 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 affections médicales survenues avant la date de signature de la Demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande d'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée par courrier à l'*Adhérent* et acceptée par l'*Adhérent*.

11. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

11.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Il a été conclu par l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité (Association loi 1901, située 110, avenue de la République, 75011 Paris, 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) :

pour les garanties frais de santé, capital décès/perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Axéria Prévoyance (convention n°A3MASIAFDS2010 et A3MASIAPREV2011) - société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances français, dont le siège social se situe 83-85, boulevard Vivier Merle, 69003 Lyon, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129 ;

pour la garantie assistance rapatriement :

une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec ACE Europe (convention n° FRBBBA01857), les prestations d'assistance étant fournies par AXA Assistance (contrat n° 7203176), entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100 Leadenhall street, Londres, EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

La gestion administrative de ces conventions est déléguée à APRIL Mobilité, société 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), située 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

11.2. CADRE LÉGAL :

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour les garanties frais de santé, capital décès/perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale : l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE ;
- pour la garantie assistance rapatriement : Financial Services Authority, située 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14EHS, ROYAUME-UNI.

APRIL Mobilité est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

L'adhésion au contrat Asia Expat est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes conditions générales et le *Certificat d'adhésion*. Elle est soumise à la législation française et notamment au 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.

11.3. PRESCRIPTION :

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code des assurances français. Pour la garantie décès, ce délai est porté à 10 ans, lorsque les *Bénéficiaires* sont vos ayants droit.

11.4 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.

11.5. CONTRÔLE :

L'organisme assureur se réserve le droit de contester le bien-fondé de certaines décisions et 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.

11.6. CONCILIATION :

En cas de difficultés dans l'application du contrat, *Vous* êtes invité à nous consulter (APRIL Mobilité, 110, avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE).

Vous pourrez également demander l'avis d'un médiateur si la réponse donnée ne vous donnait pas satisfaction. Les conditions d'accès à ce médiateur seront communiquées sur simple demande transmise à l'adresse ci-dessus.

11.7. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :

Vous avez le droit de demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier à notre usage, à celui de nos mandataires ou des organismes assureurs. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de notre siège (loi française 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée).