

# CONDITIONS GÉNÉRALES 2019

---

Réf : Ne 20191E

# NED'S EXPAT



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 56 98 30 87 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail: neds.exp@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 24 HEURES.....	p.3
1.2. SERVICE DE TÉLÉCONSEIL MÉDICAL.....	p.3
1.3. SERVICES EN LIGNE.....	p.3
1.4. OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT, VOTRE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE OU VOTRE ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE ?.....	p.4
<b>2. DÉFINITIONS.....</b>	<b>P.4</b>
<b>3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT .....</b>	<b>P.6</b>
3.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?.....	p.6
3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ? .....	p.6
<b>4. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ? .....</b>	<b>P.6</b>
<b>5. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT .....</b>	<b>P.6</b>
5.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?.....	p.6
5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT.....	p.7
5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT .....	p.7
5.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT .....	p.7
5.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?.....	p.8
<b>6. COTISATIONS .....</b>	<b>P.8</b>
6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?.....	p.8
6.2. LES MODES DE PAIEMENT .....	p.8
6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DE VOTRE COTISATION?.....	p.8
<b>7. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT.....</b>	<b>P.9</b>
7.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ? .....	p.9
7.2. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?.....	p.9
<b>8. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?.....</b>	<b>P.9</b>
8.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS .....	p.9
8.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION ? .....	p.13
8.3. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE AVANT D'ENTAMER CERTAINS SOINS OU TRAITEMENTS ?.....	p.13
8.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ? .....	p.14
<b>9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT .....</b>	<b>P.15</b>
<b>10. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....</b>	<b>P.16</b>
10.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ? .....	p.16
10.2. CADRE LÉGAL .....	p.16
10.3. PRESCRIPTION.....	p.16
10.4. SUBROGATION .....	p.17
10.5. RÉCLAMATION-MÉDIATION .....	p.17
10.6. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS .....	p.17

## 1. SERVICES ASSOCIÉS À 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.

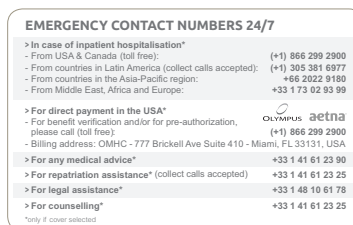
*Nous* vous informons qu'il est impératif de nous contacter préalablement à toute *Hospitalisation*. En cas de non respect de cette formalité, une *Franchise* de 20 % sera appliquée à votre remboursement.

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 8.2.

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

- 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 2022 9180,
- 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 DE TÉLÉCONSEIL 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 de médicaments à l'étranger...).

Pour bénéficier du service de téléconseil médical, veuillez composer le +33 (0)1 41 61 23 90.

### 1.3. 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 :

- retrouver vos décomptes de remboursement, vos garanties ainsi que les présentes Conditions générales,
- 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) :

- 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,
- vos *Cotisations* et votre mode de règlement.

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

Pour envoyer une Demande de remboursement (voir paragraphe 8.4) :

> **Par voie électronique, pour les frais de santé jusqu'à 400 € :**

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

Notre service Remboursements prendra alors en charge directement votre demande. **Vous conservez les originaux de vos factures et autres justificatifs.** 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** et adressez ces éléments 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 (valable 6 mois). 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.expats@april-international.com](mailto:remboursement.expats@april-international.com) (voir paragraphe 8.3). En cas d'*Hospitalisation*, veuillez faire compléter par votre médecin le formulaire appelé « *Attestation médicale confidentielle* » (voir paragraphe 8.2).

**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 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.

**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 paie les *Cotisations* et qui adhère à la convention de groupe souscrite par l'Association CMUNF auprès de l'organisme assureur Axéria Prévoyance.

**ANNÉE D'ASSURANCE :** période de douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.

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

**ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS » :** personne physique admise à l'assurance.

**ATTESTATION 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 BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE (BRSS) :** base de remboursement obligatoire utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par des professionnels de santé. Elle diffère selon le secteur dont le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier relèvent. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le *Tarif forfaitaire de référence* qui correspond au prix d'un médicament générique.

- C CERTIFICAT D'ADHÉSION** : document valant attestation d'assurance, que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Ned's Expat et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet* et l'offre et la formule sélectionnées. Le *Certificat d'adhésion* correspond aux conditions particulières du contrat.
- CERTIFICAT DE RADIATION** : document valant attestation de fin de droit, fourni par l'ancien assureur santé de l'*Assuré* qui mentionne notamment la date d'adhésion à la garantie et la date de résiliation, la liste des bénéficiaires ainsi que les garanties santé dont ils bénéficiaient.
- CONJOINT** : l'époux ou l'épouse de l'*Assuré principal*, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'*Assuré principal* bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité (Article 515-1 du Code Civil français) avec ce dernier, en vigueur à la date du *Sinistre*. Le concubin notoire de l'*Assuré principal* pourra être considéré comme ayant la qualité de *Conjoint* si la justification de sa qualité est faite.
- COTISATION** : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- 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 au *Certificat d'adhésion*.
- DÉLAI D'ATTENTE** : période durant laquelle les garanties ne sont pas dues. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée 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.
- ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ** : établissement agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux, ayant conclu une convention avec un organisme de Sécurité sociale française.
- EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- 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.
- FRANCHISE** : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.
- H HOSPITALISATION** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) durant lequel un lit vous est attribué, suite à un *Accident*, une *Maladie inopinée* ou une *Maladie*.
- M MALADIE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente.
- MALADIE INOPINÉE** : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.
- MALADIE PRÉEXISTANTE** : affection médicale qui s'est manifestée avant la date de la signature de votre Demande d'adhésion (incluant votre profil de santé). Est considérée comme *Maladie préexistante* toute affection de ce type dont *Vous* avez eu connaissance, ou dont *Vous* auriez raisonnablement pu avoir connaissance au moment de l'adhésion au présent contrat.
- N NOUS** : APRIL International Care France.
- P PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».
- R RÈGLEMENT DIRECT DES FRAIS D'HOSPITALISATION** : *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation* de plus de 24 heures, 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.
- S SINISTRE** : événement, maladie, *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.
- T TARIF D'AUTORITÉ (TA)** : base de remboursement établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.
- TARIF DE CONVENTION (TC)** : base de remboursement établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.
- TARIF FORFAITAIRE DE RÉFÉRENCE (TFR)** : c'est le prix fixé pour un médicament générique. C'est le tarif à partir duquel se fait le remboursement du générique par la Sécurité sociale française.
- TICKET MODÉRATEUR (TM)** : part financière restant à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale française.

### 3. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

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

L'adhésion au présent contrat vous garantit, conformément à l'offre et à la formule sélectionnées, portées au *Certificat d'adhésion*, le remboursement de vos frais de santé dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé.

#### 3.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

Les garanties sont acquises à l'année en France.

*Vous* êtes couvert lors de séjours temporaires jusqu'à 90 jours consécutifs dans le monde entier (**hors USA/Canada**), ainsi que dans votre *Pays de nationalité*.

Les niveaux de remboursement pour les soins survenus à l'étranger sont indiqués au tableau des garanties (voir paragraphe 8).

**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 56 98 30 87 ou par e-mail à [neds.expats@april-international.com](mailto:neds.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, *Vous* devez :**

- être âgé, au moment de la *Date d'effet* du contrat, de moins de 71 ans en cas de sélection de la formule Hospitalisation,
- être de nationalité néerlandaise (en cas d'adhésion couple ou famille, *Vous* et/ou votre *Conjoint* devez être de nationalité néerlandaise),
- résider en France, hors de votre *Pays de nationalité*, pendant toute la durée du contrat,
- ne pas être éligible à la PUMA ou être en attente d'affiliation à un régime de Sécurité sociale français,
- 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 être couverts par ce contrat les membres de votre famille (s'ils sont mentionnés sur votre *Certificat d'adhésion*) tant que les conditions pré-citées sont remplies, à savoir :**

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

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

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* pourrions être amenés soit à vous accepter mais à des conditions particulières, soit à vous refuser.

#### **Protection Universelle Maladie (PUMA)**

Sauf cas dérogatoires, si *Vous* résidez en France depuis au moins 3 mois, puis au moins 6 mois par an et/ou que *Vous* y exercez une activité salariée ou non salariée, *Vous* êtes susceptible de relever de l'obligation d'affiliation à la Sécurité sociale française.

Si *Vous* avez souscrit un contrat APRIL au premier euro, et que *Vous* remplissez par la suite les conditions pour relever de ladite obligation, *Nous* pourrions vous proposer une couverture complémentaire au régime obligatoire 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>.

### 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<sup>er</sup> du mois suivant la réception du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le profil de santé de l'ensemble des *Assurés* complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation* et de notre acceptation concrétisée par l'émission du *Certificat d'adhésion*, précisant les formule et offre sélectionnées. Si votre dossier nécessite une étude médicale, votre contrat débutera au plus tôt le 1<sup>er</sup> ou le 16 du mois suivant votre acceptation médicale.

## 5.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT :

### **Pour la formule Intégrale :**

La prise en charge des soins dentaires, tels que décrits dans le tableau des garanties, est limité à 100% de la *Base de remboursement de la Sécurité sociale française*, pendant les (6) six premiers mois après la *Date d'effet* du contrat.

**Cette limitation de couverture peut être abrogée si Vous justifiez avoir bénéficié de garanties au moins équivalentes à celles du contrat Ned's Expat au cours du mois précédant la date de prise d'effet du présent contrat. Cette abrogation est soumise à notre accord suite à l'étude du *Certificat de radiation* que Vous nous aurez transmis accompagné du détail des garanties dont Vous bénéficiez précédemment.**

**Pour la formule Hospitalisation**, un *Délai d'attente* de 3 mois est applicable.

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

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.

## 5.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, pour une durée d'un an, tant que la convention reste en vigueur.

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

## 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) ;
- b) en cas de non-paiement des *Cotisations* (se reporter au paragraphe 6.3) ;
- c) en cas de dénonciation de la convention par l'Association CMUNF ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association CMUNF s'engage à en informer chaque *Adhérent*) ;
- d) dès que Vous cessez de réaliser les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4) ;
- e) lorsque Vous ne résidez plus en France, sur présentation d'un document officiel en attestant (par exemple une copie de votre nouveau contrat de travail) ;
- f) en cas de fausse déclaration, conformément aux dispositions ci-dessous.

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

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

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

#### **Article L113-8 du Code des assurances :**

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

#### **Article L 113-9 du Code des assurances :**

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



## 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 simple pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...)»

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

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

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter de la réception du Certificat d'adhésion.

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

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

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 18 ou d'adresser à APRIL International Care France - Service Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse)  
déclare renoncer à mon adhésion au contrat « Ned's Expat » 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.**

## 6. COTISATIONS

### 6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?

La Cotisation évolue au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction de l'âge de l'Assuré.

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

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

En cas d'adhésion famille ou couple, c'est la tranche d'âge de l'Assuré le moins âgé (hors Enfants à charge) qui détermine le montant de la Cotisation. L'écart d'âge maximum entre l'Assuré principal et son Conjoint ne doit pas excéder 10 ans. Auquel cas, c'est la tranche d'âge de l'Assuré le plus âgé qui prévaut.

La Cotisation appliquée à un parent isolé avec un enfant est la Cotisation individuelle.

La Cotisation appliquée à un parent isolé avec deux enfants est la Cotisation couple.

Au delà de deux enfants, la Cotisation famille est appliquée.

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

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

### 6.2. LES MODES DE PAIEMENT :

Les Cotisations sont payables d'avance en euros, annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement par prélèvement SEPA sur un compte bancaire en euro domicilié dans un des pays de la zone SEPA, ou annuellement par chèque, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent figurant sur sa Demande d'adhésion.

### 6.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ?

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



Nous vous informons que le non-paiement et la résiliation du contrat pour non règlement n'effacent pas la dette. Nous mettrons tout en œuvre pour obtenir le règlement des *Cotisations* dues et pourrons 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. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

### 7.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

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

En cas d'augmentation des garanties, Vous serez soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat.

**En cas de changement d'offre ou de formule 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 pourra prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> du mois suivant l'acceptation médicale.**

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

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

En cas de grossesse, veuillez nous adresser un document attestant de votre état.

## 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.**

### 8.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS :

**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.**

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.

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.

Deux formules «frais de santé» sont proposées selon le niveau de couverture souhaité : la formule Hospitalisation et la formule Intégrale. Chaque formule comporte deux offres selon votre niveau d'exigence : l'Option 150 et l'Option 300.

Les frais sont remboursés dès le 1<sup>er</sup> euro, poste par poste selon l'offre et la formule choisies et mentionnées sur votre *Certificat d'adhésion*, conformément au tableau des garanties.

### **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 options.**

# FORMULE HOSPITALISATION

## GARANTIES

OFFRES	OPTION 150	OPTION 300
--------	------------	------------

Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré : 1 000 000 €

### HOSPITALISATION\* : Délai d'attente de 3 mois\*\*

Hospitalisation chirurgicale et médicale (sauf chirurgie esthétique)	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	300% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française
Chirurgie réparatrice	100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	200% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française
Frais de transport du malade	100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française (sauf cure thermale)	
Forfait journalier	100% des Frais réels (limité à 90 jours en établissement psychiatrique)	
Chambre privée (non prise en charge en cas d'Hospitalisation psychiatrique)	30 € par jour (limité à 90 jours par an et par Assuré) Frais de téléphone et internet inclus	100% des Frais réels (limité à 120 jours par an et par Assuré) Frais de téléphone et internet pris en charge jusqu'à 25 € par jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans - non pris en charge en cas d'Hospitalisation psychiatrique)	23 € par jour (limité à 90 jours par an et par Assuré)	100% des Frais réels (limité à 120 jours par an et par Assuré)

### SOINS COURANTS EN CAS D'ACCIDENT

Forfait médecine courante : radiologie, analyses, actes techniques médicaux, frais pharmaceutiques	100% des Frais réels, jusqu'à 50 € par acte et jusqu'à 750 € par an	100% des Frais réels, jusqu'à 75 € par acte et jusqu'à 1 000 € par an
--	---	---

\* Toute Hospitalisation 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 8.2 et 8.3).

\*\* Délai d'attente abrogé en cas d'Accident ou si Vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du Certificat de radiation correspondant.

**Veillez vous reporter au paragraphe 5.2. pour connaître les modalités de prise en charge de vos soins durant la période d'attente.**

# FORMULE INTÉGRALE

## GARANTIES

OFFRES	OPTION 150	OPTION 300
--------	------------	------------

Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré : 1 000 000 €

### HOSPITALISATION\*

Hospitalisation chirurgicale et médicale (sauf chirurgie esthétique)	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	Établissements conventionnés : 100% des Frais réels Autres : 90% des Frais réels
Chirurgie réparatrice	100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	200% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française
Transport en ambulance du malade	100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française (sauf cure thermale)	
Forfait journalier	100% des Frais réels (limité à 90 jours en établissement psychiatrique)	
Chambre privée	30 € par jour (limité à 90 jours par an et par Assuré) Frais de téléphone et internet inclus	100% des Frais réels (limité à 120 jours par an et par Assuré) Frais de téléphone et internet pris en charge jusqu'à 25 € par jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	23 € par jour (limité à 90 jours par an et par Assuré)	100% des Frais réels (limité à 120 jours par an et par Assuré)

### MÉDECINE

Honoraires médicaux et actes en K	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	300% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française
Frais pharmaceutiques	100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française ou du Tarif forfaitaire de référence	
Auxiliaires médicaux**, analyses, radiologie	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	300% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française
Frais de transport du malade**	100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	

### DENTAIRE: Délai d'attente de 6 mois\*\*\*

Actes et soins	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	300% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française
Orthodontie**	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	300% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française
Prothèses**	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française (1 <sup>ère</sup> année : max 382 € par an et par Assuré, à partir de la 2 <sup>ème</sup> année : max 763 € par an et par Assuré)	300% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française

\* Toute Hospitalisation 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 8.2 et 8.3).

\*\* Soumis à Accord préalable (se reporter aux paragraphes 8.2 et 8.3).

\*\*\* Délai d'attente abrogé si Vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du Certificat de radiation correspondant.

# FORMULE INTÉGRALE (SUITE)

## GARANTIES

OFFRES	OPTION 150	OPTION 300
--------	------------	------------

Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré : 1 000 000 €

### OPTIQUE

Verres	Forfait 46 € par an et par Assuré	Forfait 77 € par an et par Assuré
Montures	Forfait 46 € par an et par Assuré	Forfait 77 € par an et par Assuré
Lentilles acceptées, refusées ou jetables	Forfait 46 € par an et par Assuré	Forfait 77 € par an et par Assuré
Chirurgie réfractive	Forfait 100 €	Forfait 100 €

### GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale française	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	300% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française
Actes d'ostéopathes et de chiropraticiens	25 € par séance (maximum 75 € par an et par Assuré)	30 € par séance (maximum 150 € par an et par Assuré)
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale française**	Forfait 153 € par an et par Assuré	Forfait 229 € par an et par Assuré
Appareillages, frais orthopédiques, prothèses auditives**	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	300% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française

### SOINS À L'ÉTRANGER

	dans votre Pays de nationalité	
	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	90% des Frais réels
En cas d'Hospitalisation médicale ou chirurgicale:	dans le reste du monde (hors USA/Canada) uniquement en cas d'Accident ou de Maladie inopinée	
	150% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française	90% des Frais réels

Tous les soins hors Hospitalisation médicale ou chirurgicale sont pris en charge dans les mêmes conditions que pour les soins dispensés en France.

\* Toute Hospitalisation 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 8.2 et 8.3).

\*\* Soumis à Accord préalable (se reporter aux paragraphes 8.2 et 8.3).

\*\*\* Délai d'attente abrogé si Vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du Certificat de radiation correspondant.

## 8.2. 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 56 98 30 87 ou par e-mail à [neds.expats@april-international.com](mailto:neds.expats@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 : 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 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 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 pays d'Amérique Latine, composer le (+1) 305 381 6977 (PCV),
- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 2022 9180,
- 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 8.4. pour savoir comment obtenir le remboursement de la facture que Vous avez réglée.

## 8.3. 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 une *Demande d'entente préalable* accompagnée 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 56 98 30 87 ou par e-mail à [neds.expats@april-international.com](mailto:neds.expats@april-international.com).

### Sont soumis à Accord préalable:

- les *Hospitalisations* (y compris maternité),
- les actes en série (kinésithérapie...) au-delà de 20 séances par *Année d'assurance*,
- les frais de transport hors *Hospitalisation*,
- les traitements d'orthodontie,
- les prothèses dentaires dont le coût est supérieur à 1 200 €,
- les appareillages et prothèses dont le coût est supérieur à 400 €,
- les cures thermales.

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

#### APRIL International Care France

Service Courrier

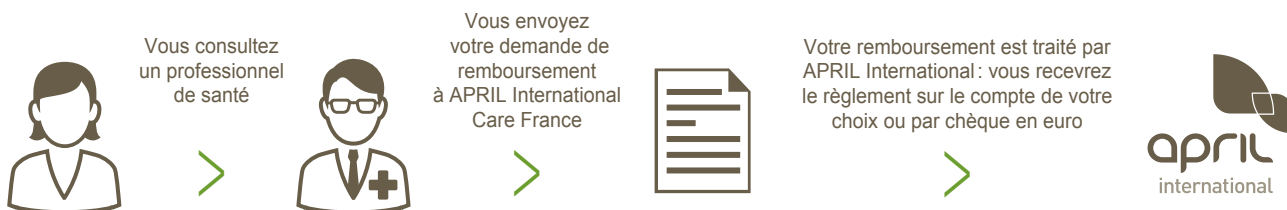
1 rue du Mont, CS 80010

81700 Blan

FRANCE

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

#### 8.4. COMMENT PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ? :



##### 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 ou 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 56 98 30 87 ou par e-mail à [neds.expats@april-international.com](mailto:neds.expats@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 Blanc  
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 ;
- 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.

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

En cas de désaccord sur le montant du règlement, veuillez nous en avertir dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte.

Vous recevrez vos remboursements par virement bancaire sur un compte en France, sans frais à votre charge.

##### **Tout remboursement est subordonné à l'observation des indications prévues au paragraphe 8.**

## 9. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

### Exclusions spécifiques à la formule Hospitalisation :

- les séjours en gérontologie, maison d'accueil spécialisée, établissements médicaux-sociaux, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en Instituts Médico Pédagogiques ;
- les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et en centre de longs séjour ;
- la prise en charge de la chambre privée et les frais d'accompagnement en cas d'*Hospitalisation* psychiatrique.

### Exclusions communes aux formules Hospitalisation et Intégrale :

- toute dépense engagée au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la *Date d'effet* du contrat ou pendant les *Délais d'attente* ;
- 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 non motivés médicalement ;
- les traitements de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses (hors séjour en établissement psychiatrique) ;
- les frais annexes tels que les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- 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 ;

### Sont également exclues des formules Hospitalisation et Intégrale 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 l'*Assuré* séjourne ;
- 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, de l'*Adhérent* ou de l'*Assuré*, à des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroule les événements ;
- 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 le Code de la route 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 *Maladies préexistantes* ou des *Accidents antérieurs* à la *Date d'effet* du contrat, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales et non déclarés 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, le kitesurf, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, 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 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 la dite 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 ?

Les présentes Conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention d'assurance de groupe Ned's Expat souscrite par l'Association CMUNF auprès d'Axéria Prévoyance (convention n°APRMOB01141E). L'organisme assureur de ce contrat est Axéria Prévoyance.

Axéria Prévoyance est une société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, dont le siège social est situé 90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129.

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

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

### 10.2. CADRE LÉGAL :

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

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

L'adhésion au contrat Ned's 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 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 :

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

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

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

**2) en cas de *Sinistre*, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.**

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

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

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

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

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

#### 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. 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.expats@april-international.com](mailto:reclamation.expats@april-international.com)

Pour votre information, notre assureur partenaire Axéria Prévoyance (90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE) nous a 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. Le médiateur peut être saisi dans un délai d'un (1) an, conformément à l'article L612-2 du Code de la consommation.

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 oeuvre de vos garanties. Les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des adhésions par APRIL International Care France, les assureurs ou leurs mandataires. *Vous* disposez d'un droit de communication, de rectification, d'opposition, et de suppression des données vous concernant (voir paragraphe 10.7).

#### 10.6. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS :

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL International Care France sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL International Care France met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL International Care France met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Ces données sont destinées à l'Organisme assureur et à APRIL International Care France en tant que responsables des traitements. Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales. Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL International Care France à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, France, soit par e-mail à [dpo.AICF@april.com](mailto:dpo.AICF@april.com).

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6, rue Nicolas Siret - 10300 TROYES soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr).

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Organisme assureur et APRIL International Care France de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

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, 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 : **Ned's Expat Réf. Ne 20191E**

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.expat@april-international.com](mailto:info.expat@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.