



Expatriation Student

Conditions Générales 2022-2023

Réf : ExS Cov

(modifiées en juillet 2022)



Pour toute information relative à votre contrat, nous sommes à votre disposition du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 – Heure de Paris.
Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 – Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 – E-mail : info.expat@april-international.com

SOMMAIRE

1. DÉFINITIONS	P.3
1.1. DÉFINITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES	P.3
1.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	P.3
1.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT	P.4
1.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE JURIDIQUE	P.4
1.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE, STAGES ET LOCATIVE	P.4
1.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT	P.4
2. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT	P.5
2.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?	P.5
2.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?	P.5
3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?	P.5
4. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT	P.6
4.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?	P.6
4.2. LES DÉLAIS D'ATTENTE APPLICABLES À VOTRE CONTRAT	P.6
4.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT	P.6
4.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT	P.6
4.5. COMMENT RENONCER À VOTRE CONTRAT ?	P.7
5. COTISATIONS	P.7
5.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?	P.7
5.2. LES MODES DE PAIEMENT	P.7
5.3. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS ?	P.7
6. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT	P.8
6.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?	P.8
6.2. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À NOTRE CONNAISSANCE ?	P.8
7. CE QUE COUVRE VOTRE CONTRAT ET COMMENT EN BÉNÉFICIER ?	P.8
7.1. FRAIS DE SANTÉ	P.8
7.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT	P.11
7.3. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE	P.14
7.4. ASSISTANCE JURIDIQUE	P.14
7.5. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE	P.15
7.6. INDIVIDUELLE ACCIDENT	P.15
7.7. ASSURANCE BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS	P.16
7.8. INCIDENTS DE VOYAGE	P.17
7.9. INTERRUPTION DE SÉJOUR	P.18
7.10. ASSURANCE EXAMEN	P.18
8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT	P.19
9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.23
9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?	P.23
9.2. CADRE LÉGAL	P.23
9.3. PRESCRIPTION	P.23
9.4. SUBROGATION	P.24
9.5. RÉCLAMATION – MÉDIATION	P.24
9.6. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	P.24

Remarque :

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

Una versión española de las Condiciones generales está disponible en www.april-international.com. Le informamos que la versión original del documento está en francés. En caso de conflicto, únicamente la versión francesa sobre tomada en cuenta.

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

Una versione in italiano delle presenti Condizioni Generali è disponibile in www.april-international.com. Si precisa che la versione originale del documento è in lingua francese. In caso di controversia, farà fede soltanto la versione in lingua francese.

1. DÉFINITIONS

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

1.1. 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.
- ACCIDENT CARACTÉRISÉ** : accident constaté par une autorité compétente présente sur le lieu de l'évènement (forces de police, pompiers, ambulanciers-urgentistes) ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'*Accident*.
- ADHÉRENT** : personne physique ou morale qui adhère aux présentes conventions de groupe souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL International et qui paie les *Cotisations*.
- ANNÉE D'ASSURANCE** : période de douze mois consécutifs débutant à compter de la *Date d'effet* du contrat.
- ASSURÉ, « VOUS »** : ensemble des personnes physiques qui bénéficient des garanties du présent contrat. C'est-à-dire *Vous* et les membres de votre famille répondant aux conditions pour être assuré. Elles sont alors inscrites à l'*Attestation d'assurance*. Par membres de votre famille, il faut entendre votre *Conjoint* et vos *Enfants à charge*.
- ASSURÉ PRINCIPAL, « VOUS »** : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.
- ATTESTATION D'ASSURANCE** : document valant attestation d'assurance, que *Nous* remettons à l'*Adhérent*, confirmant son adhésion au contrat Expat Student et mentionnant notamment les *Assurés*, la *Date d'effet*, les garanties et l'option sélectionnée. L'*Attestation d'assurance* correspond aux conditions particulières du 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 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 justification de sa qualité est faite. Le *Conjoint* doit également être majeur et résider en dehors de son *Pays de nationalité* pendant toute la durée du contrat.
- COTISATION** : somme payée par l'*Adhérent* en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.
- D DATE D'ÉCHÉANCE PRINCIPALE DU CONTRAT** :
Pour les adhésions antérieures au 1^{er} octobre 2022, la date d'échéance principale de votre contrat est fixée au 1^{er} octobre.
Pour les adhésions postérieures au 1^{er} octobre 2022, la date d'échéance principale de votre contrat correspond à sa date anniversaire, soit un an jour pour jour après l'adhésion au contrat.
- DATE D'EFFET (ou date d'adhésion)** : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée à l'*Attestation d'assurance*.
- E ENFANT À CHARGE** : enfant âgé de moins de 18 ans inclus et fiscalement à charge.
- ÉLÈVE / ÉTUDIANT** : personne physique inscrite dans un établissement d'enseignement dans son *Pays de destination*, titulaire d'une carte d'étudiant ou pouvant fournir une attestation de scolarité ou jeune au pair.
- EXCLUSIONS** : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des exclusions de garanties.
- F FRANCHISE** : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.
- M 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 DESTINATION** : le pays de résidence où *Vous* séjournez pendant la durée de votre séjour à l'*Étranger*.
- PAYS DE NATIONALITÉ** : le pays qui figure sur votre passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».
- S SINISTRE** : événement, maladie ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

1.2. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

- A 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* ».
- 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.

- C COMPLICATIONS DE GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT :** elles concernent d'une part, les complications qui surviennent au cours de la période prénatale de la grossesse, et dans ce contexte seront couverts les cas suivants : grossesse extra-utérine, diabète gestationnel, pré-éclampsie, fausse couche, risques de fausse couche et enfant mort-né ou môle. Seront également couvertes les pathologies suivantes, apparues durant l'accouchement et nécessitant une procédure obstétrique : hémorragie post-partum et rétention placentaire.
- 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 DÉLAI D'ATTENTE :** période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la *Date d'effet* du contrat portée à l'*Attestation d'assurance*.
- DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE :** formulaire à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir notre *Accord préalable* avant d'engager certains actes ou traitements.
- F FORFAIT JOURNALIER :** part du prix de journée d'*Hospitalisation* en France 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 :** Vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation* (*Hospitalisation* de plus de 24 heures ou *Hospitalisation de jour*), 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.
- V VACCINS COUVERTS PAR LE CONTRAT :** Antirotavirus (gastro-entérite), Choléra, Covid-19, Encéphalite à tiques, Encéphalite japonaise, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Hépatite C, Leptospirose, Méningite, Rage, Tuberculose.

1.3. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

- A ACTE DE TERRORISME OU DE SABOTAGE, ATTENTAT :** toute action clandestine, ayant une motivation idéologique et/ou politique, mise en œuvre à titre individuel ou collectif, dirigée contre des personnes ou des entités publiques ou privées afin :
- de mener une action criminelle destinée à nuire à la vie d'autrui ;
 - d'impressionner la population et d'instituer une atmosphère d'insécurité générale ;
 - de désorganiser le fonctionnement des transports publics ou de troubler le fonctionnement des entreprises ou des institutions fabriquant ou transformant des biens ou fournissant des services.
- AGRESSION :** toute atteinte corporelle subie involontairement par l'Assuré, provenant d'une action volontaire, soudaine et brutale d'une autre personne ou d'un groupe de personnes.
- ASSISTEUR :** Europ Assistance.
- 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 de l'*Assisteur*.
- M MEMBRE DE LA FAMILLE :** père, mère, soeur, frère, enfant, grands-parents ou tuteur légal domiciliés dans votre *Pays de nationalité*.
- P PROCHE :** personne physique ou morale, dont Vous connaissez l'identité et l'adresse, responsable de vos dommages ou contestant l'un de vos droits.

1.4. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

- D DOMMAGES CORPORELS :** dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.
- DOMMAGES IMMATÉRIELS :** tous dommages autres que corporels et matériels et qui sont la conséquence directe et immédiate de *Dommmages corporels* ou *matériels* assurés.
- DOMMAGES MATÉRIELS :** dommages portant atteinte à la structure ou à la substance de la chose et résultant d'un événement garanti.
- R RESPONSABILITÉ CIVILE :** obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

1.5. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE BAGAGES :

- B BAGAGES :** les sacs de voyage, les valises, les effets ou objets personnels de l'*Assuré* qu'ils contiennent, ainsi que tout autre objet enregistré auprès d'un transporteur.
- O OBJETS DE VALEUR :** les objets d'art et de collection, l'argenterie, les montres portées, les bijoux, les pierreries et perles fines, les tableaux de valeur, les fourrures, les caméras et autres appareils de reproduction d'images et leurs accessoires, les jumelles, les téléphones et ordinateurs portables et autres matériels HI-FI et informatiques.

1.6. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT :

- B BÉNÉFICIAIRE :** personne physique qui reçoit l'*Indemnité* ou le capital versé par l'organisme assureur.

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

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

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

2. GARANTIES ET TERRITORIALITÉ DE VOTRE CONTRAT

2.1. QUELLES SONT LES GARANTIES COUVERTES PAR VOTRE CONTRAT ?

L'adhésion au présent contrat vous garantit les prestations suivantes :

- remboursement de frais de santé au 1^{er} euro ou en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) ou de la Sécurité Sociale française,
- *Responsabilité civile* vie privée, stages et locative,
- assistance rapatriement,
- assistance juridique,
- assistance psychologique,
- assurance bagages et effets personnels,
- incidents de voyage,
- *Individuelle accident*,
- assurance *Examen* et interruption de séjour.

2.2. OÙ ÊTES-VOUS COUVERT ?

3 zones de couverture sont proposées selon votre *Pays de destination* :

Zone 0 : États-Unis et Mexique,

Zone 1 : Canada, Chine, Hong-Kong, Royaume-Uni, Singapour et Suisse,

Zone 2 : Tous les pays non listés dans les zones 0 et 1.

Les garanties sont acquises dans la zone tarifaire dont votre *Pays de destination* fait partie.

En zone tarifaire 0 : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier, y compris dans votre *Pays de nationalité* pour des retours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*.

En zone tarifaire 1 : les garanties sont acquises à l'année dans les pays des zones 1 et 2, y compris dans votre *Pays de nationalité* pour des retours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*. Les garanties sont acquises en zone tarifaire 0 uniquement en cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée*, pendant les séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*.

En zone tarifaire 2 : les garanties sont acquises à l'année dans les pays de la zone 2, y compris dans votre *Pays de nationalité* pour des retours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*. Les garanties sont acquises en zones tarifaires 0 et 1 uniquement en cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée*, pendant les séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs entre deux séjours dans le *Pays de destination*.

En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est exclue.

La liste complète des pays exclus est disponible sur le site www.april-international.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expats@april-international.com. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

Pour être admissible à l'assurance, Vous devez :

- être âgé de plus de 12 ans et de moins de 41 ans pendant toute la durée du contrat ;
- résider hors de votre *Pays de nationalité* pendant la durée du contrat ;
- bénéficier d'un statut d'*Étudiant* ou *Élève* pendant toute la durée du contrat ou effectuer un séjour au-pair dans le cadre d'un contrat de placement avec une famille-hôte ;
- produire une photocopie de votre carte étudiante ou un certificat de scolarité en cours de validité avant le 31 octobre de chaque *Année d'assurance* ou la copie d'un contrat de placement auprès d'une famille-hôte en cas de séjour au-pair ;
- 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.

Dans le cadre d'une couverture frais de santé en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française, *Vous* devez également être affilié à la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) ou à la Sécurité Sociale française pendant toute la durée du contrat et bénéficier à ce titre du régime maladie/maternité de la CFE ou de la Sécurité Sociale française.

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

- votre *Conjoint*, à condition qu'il bénéficie également d'un statut d'*Étudiant* ou *Élève* ou de jeune au pair, qu'il réside lui-même hors de son *Pays de nationalité* pendant toute la durée du contrat et qu'il soit majeur,
- 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.

4. DATE D'EFFET, DURÉE ET RENONCIATION AU CONTRAT

4.1. QUAND DÉBUTE VOTRE CONTRAT ?

Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties, que *Vous* avez indiquée sur votre demande d'adhésion. Elle est indiquée sur l'*Attestation d'assurance*. Elle intervient à la réception et acceptation du dossier d'adhésion complet (comprenant la Demande d'adhésion et le Questionnaire de santé de l'ensemble des *Assurés* complétés et signés), sous condition suspensive du paiement de la première *Cotisation*.

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

4.2. 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 d'un *Délai d'attente* de 10 mois pour les frais liés à la maternité dans le cadre de la garantie frais de santé.

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

4.3. DURÉE DE COUVERTURE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT :

L'adhésion au présent contrat est effective pour une période se terminant à chaque *Date d'échéance principale du contrat*. Elle est renouvelée par tacite reconduction à la *Date d'échéance principale du contrat* du contrat, pour une durée d'un an, tant que les conventions restent en vigueur et sous réserve que *Vous* et chaque membre de votre famille réalisiez les conditions pour être assuré (se reporter au paragraphe 4).

La durée maximale de couverture est limitée à 6 ans.

4.4. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT CESSENT :

- a) en cas de résiliation par l'*Adhérent* à la *Date d'échéance annuelle du contrat*, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois au moins ;
- 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* APRIL à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association 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) à l'issue de 6 ans de couverture ;
- f) en cas de résiliation par l'*Adhérent*, à tout moment après douze (12) mois d'adhésion. Votre résiliation prendra effet un mois à compter de la date de réception de votre notification et devra être adressée à APRIL International Care France :
 - par courrier simple ou recommandé à l'adresse suivante : Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE
 - via le formulaire de contact disponible depuis votre Espace client en sélectionnant le motif « Demander une résiliation »
 - ou par e-mail à care@april-international.com ;
- g) en cas de fausse déclaration, conformément aux dispositions ci-dessous.

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.

Sanctions en cas de fausse déclaration

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

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

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

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

4.5. 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 L112-9-I du Code des assurances français s'appliquent : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».

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

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours à compter du jour de la conclusion du contrat.

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

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

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

Pour cela, il suffit de compléter le formulaire de renonciation disponible en page 29 ou d'adresser à APRIL International Care France une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous :

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

En cas de renonciation, l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la *Cotisation* correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Nous sommes tenus de rembourser à l'Adhérent le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la *Cotisation* reste due si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un *Sinistre* mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

5. COTISATIONS

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

5.1. COMMENT EST DÉTERMINÉ LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

La *Cotisation* évolue chaque année à la *Date d'échéance principale du contrat* 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 à la *Date d'échéance principale du contrat*.

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*.

La *Cotisation* est individuelle pour chaque membre de la famille assuré.

La *Cotisation* peut évoluer à la *Date d'échéance principale du contrat* en fonction des résultats techniques du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint, de l'option sélectionnée et du *Pays de destination*. 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 de l'option et/ou de la zone de couverture sélectionnées 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.

5.2. LES MODES DE PAIEMENT :

Les *Cotisations* sont payables d'avance en euros, annuellement, semestriellement, trimestriellement, ou mensuellement selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent figurant sur sa Demande d'adhésion :

- carte bancaire,
- virement bancaire (les frais de virement sont à la charge de l'Adhérent),
- prélèvement SEPA sur un compte en France, à Monaco ou en Allemagne.

Le règlement mensuel n'est disponible qu'en cas de paiement par prélèvement SEPA.

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

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

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la *Cotisation* deviendra exigible immédiatement pour 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*.

6. ÉVOLUTION DE VOTRE CONTRAT

6.1. COMMENT MODIFIER VOTRE CONTRAT ?

L'évolution de votre couverture est soumise à l'accord préalable des organismes assureurs. En cas d'acceptation, celle-ci prendra effet au plus tôt 30 jours suivant la réception de la demande de modification. Notre Service Suivi Client est à la disposition de l'*Adhérent* (Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93, E-mail : suiviclient.expats@april-international.com).

En cas de changement de *Pays de destination*, veuillez nous adresser une nouvelle attestation de scolarité émise par votre nouvel établissement ou la copie d'un contrat de placement auprès d'une famille-hôte en cas de séjour au-pair.

En cas de changement de type de couverture (1^{er} euro ou complément CFE ou de la Sécurité Sociale française), Vous pourrez être soumis à de nouvelles formalités médicales prévues par le contrat.

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^{er} du mois suivant l'acceptation médicale.

6.2. 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.

7. 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.

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

7.1. FRAIS DE SANTÉ :

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

7.1.1. NATURE ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Deux options vous sont proposées :

- **l'Option 1** couvre les frais de santé dès le 1^{er} euro dépensé,
- **l'Option 2** couvre les frais de santé en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) ou de la Sécurité Sociale française.

L'option sélectionnée par l'*Adhérent* est portée sur l'*Attestation d'assurance*.

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

En cas de choix de l'Option 2, est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé pour des actes mentionnés au tableau des garanties, prescrites par une *Autorité médicale* qualifiée et qui sont prises en charge par la CFE ou de la Sécurité Sociale française hors dispositions contraires prévues au tableau des garanties.

Les frais sont remboursés poste par poste selon l'option choisie et conformément au tableau des garanties. Pour les dépenses de santé facturées dans une devise autre que l'euro, le taux de change appliqué sera celui en vigueur à la date de survenance du *Sinistre*. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de couverture pourront être indemnisés.

Pour l'Option 2 (couverture des frais de santé en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française), les garanties sont exprimées avec la participation de la Caisse des Français de l'Étranger. Nous intervenons en complément, après participation de votre régime d'assurance de base.

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 (sous déduction de toute indemnité ou prestation de même nature versée par la CFE ou de la Sécurité Sociale française en cas de choix de l'Option 2).

7.1.2. QUE FAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION ?

Accord préalable

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 depuis votre application Easy Claim ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 99 ou par e-mail à info.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,
- 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 :

Nous pouvons effectuer un *Règlement direct de vos frais d'hospitalisation* (y compris en cas d'*Hospitalisation de jour*) auprès de l'établissement hospitalier dans lequel Vous séjournez. Nous nous mettrons ainsi directement en contact avec l'hôpital.

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

- à partir des USA et du Canada, composer le (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- à partir des pays d'Amérique Latine, composer le (+1) 305 381 6977,
- à partir des pays de la zone Asie-Pacifique, composer le +66 (0)2 645 3336,
- à partir des pays du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Europe, composer le +33 (0)1 73 02 93 99, ou compléter une demande depuis votre application Easy Claim.

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

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

7.1.3. 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 une *Demande d'entente préalable* accompagnée d'un devis détaillé. Le formulaire *Demande d'entente préalable* est disponible depuis votre application Easy Claim ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 ou par e-mail à info.expats@april-international.com.

Sont soumis à Accord préalable :

- les *Hospitalisations*,
- les actes en série de kinésithérapie et soins infirmiers au-delà de 10 séances par *Année d'assurance*.

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

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

APRIL International Care France

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

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

TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES PRESTATIONS	Option 1 : Remboursements au 1 ^{er} euro	Option 2 : Remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française
Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré : 1 000 000 €		
HOSPITALISATION* (hors médecine courante et hors maternité)		
<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation médicale, chirurgicale ou Hospitalisation de jour* - Transport en ambulance (si Hospitalisation prise en charge par APRIL International) - Frais de séjour (y compris Forfait journalier en France) - Honoraires médicaux et chirurgicaux - Examens, analyses, médicaments - Actes médicaux 	100% des <i>Frais réels</i>	remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
<i>Hospitalisation pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux*</i>	80% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 20 jours/an	
<i>Règlement direct des frais d'hospitalisation</i>	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 si Vous êtes assuré en complément de la CFE
Chambre privée	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 80 €/jour	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 80 €/jour
MÉDECINE COURANTE* (hors maternité)		
Consultations de médecins généralistes	100% des <i>Frais réels</i> ***	remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
Consultations de médecins spécialistes	100% des <i>Frais réels</i> ***	
Consultations de psychiatres	100% des <i>Frais réels</i> , limités à 80 €/visite et à 5 visites/an	
Soins infirmiers** suite à Hospitalisation et/ou Accident caractérisé	100% des <i>Frais réels</i>	
Kinésithérapie**	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 500 €/an	
Analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie	100% des <i>Frais réels</i>	
Soins dentaires	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 €/an	
Optique : verres et monture ou lentilles suite à Accident caractérisé	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 100 €/an	
Forfait vaccinations	jusqu'à 100 €/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 8.1.2 et 8.1.3).

** Soumis à Accord préalable au-delà de 10 séances par Année d'assurance (se reporter au paragraphe 8.1.3).

*** Pour les soins réalisés en zone 0 (États-Unis et Mexique), les consultations de médecins généralistes sont limitées à 80€ par visite au delà de 2 visites par an. Les consultations de médecins spécialistes sont limitées à 110€ par visite au delà de 2 visites par an.

NATURE DES PRESTATIONS	Option 1 : Remboursements au 1 ^{er} euro	Option 2 : Remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française
Montant maximum des frais de santé par Année d'assurance et par Assuré : 1 000 000 €		
MATERNITÉ* – Délai d'attente de 10 mois Garantie valable uniquement si votre <i>Pays de destination</i> principal est l'un des pays suivants : Canada, Chine, États-Unis, Hong-Kong, Mexique, Royaume-Uni, Singapour et Suisse		

Règlement direct des frais d'hospitalisation lors de l'accouchement	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 si Vous êtes assuré en complément de la CFE
Frais d'accouchement : <i>Hospitalisation*</i> , chambre privée, frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 7 500 €/grossesse, chambre privée limitée à 80 €/jour (montant porté à 15 000 €/grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	remboursements en complément de la CFE ou de la Sécurité Sociale française, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1
Consultations, pharmacie, examens et soins pré et post natals		
Complications de grossesse et à l'accouchement	100% des <i>Frais réels</i>	

* 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 8.1.2 et 8.1.3).

7.1.4. CONDITIONS À RESPECTER POUR PROCÉDER À UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

Vous devez impérativement **conserver les factures originales (et autres justificatifs) 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.

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

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais acquittées, des prescriptions médicales et ordonnances datées et mentionnant vos nom, 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 nécessitent une *Demande d'entente préalable*, le formulaire *Demande d'entente préalable* accepté par nos services médicaux ;
- en cas d'*Hospitalisation*, Vous devez également joindre à votre demande le compte-rendu hospitalier ainsi que le formulaire d'Attestation médicale confidentielle complété par votre médecin. Veuillez également vous assurer que votre facture détaille le coût de la chambre privée ou semi-privée.

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

En cas de désaccord sur le montant du règlement, veuillez nous avvertir dans les 6 mois qui suivent la date d'établissement du décompte. Si Vous avez été accepté à des conditions particulières (exclusion médicale ou de risques professionnels), le service de télétransmission ne peut pas vous être proposé.

7.2. ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

Comment bénéficier des garanties d'assistance rapatriement ?

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

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

CONDITIONS D'APPLICATION

L'Assisteur 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.

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 l'*Assisteur* a été prévenu de cette procédure, a donné son accord exprès et vous a communiqué un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais sont remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par l'*Assisteur* si celui-ci avait lui-même organisé le service.

L'*Assisteur* ne peut être tenu 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.

7.2.1. TRANSPORT MÉDICAL, RAPATRIEMENT SANITAIRE

En cas d'*Accident* ou de *Maladie inopinée*, les médecins de l'*Assisteur* 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* de l'*Assisteur* recommande votre rapatriement, l'*Assisteur* 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 de destination*,
- soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre *Pays d'origine* si différent) ou votre résidence principale dans votre *Pays de destination*.

Si *Vous* êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre *Pays de nationalité* ou de votre lieu de résidence principale dans votre *Pays de destination*, l'*Assisteur* organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre lieu de résidence principale dans votre *Pays de destination* ou à votre lieu de domicile dans 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. **L'Assisteur peut vous demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié.**

7.2.2. RAPATRIEMENT DU CORPS EN CAS DE DÉCÈS ET FRAIS DE CERCUEIL

En cas de décès, l'*Assisteur* organise et prend en charge le rapatriement de votre corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre *Pays d'origine* si différent). L'*Assisteur* 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 l'*Assisteur* sont pris en charge à concurrence de 1 500 € maximum. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de l'*Assisteur*.

7.2.3. ACCOMPAGNEMENT DU DÉFUNT

Si la présence d'un *Membre de la famille* ou d'un *Proche* s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps de l'*Assuré* décédé et les formalités de rapatriement ou d'incinération, l'*Assisteur* 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.

7.2.4. TRADUCTION DE DOCUMENTS LÉGAUX ET ADMINISTRATIFS

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

7.2.5. PRÉSENCE D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 6 JOURS

Si votre état ne permet pas ou ne nécessite pas votre rapatriement et si l'hospitalisation locale est supérieure à 6 jours consécutifs, l'*Assisteur* 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. Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un *Membre de votre famille* en âge de majorité juridique. L'*Assisteur* organise et prend également en charge ses frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement) pendant 10 nuits maximum à raison de 80 € par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

7.2.6. RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE DÉCÈS OU D'HOSPITALISATION D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE

L'Assisteur met à votre disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe en cas de décès ou d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un *Membre de votre famille* dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre *Pays d'origine* si différent). Le voyage aller doit obligatoirement se faire dans les 8 jours suivant la date de décès ou de l'hospitalisation. Cette prestation est acquise lorsque la date de décès ou de l'hospitalisation est postérieure à votre date de départ à l'*Étranger*. L'Assisteur se réserve le droit de vérifier la réalité de l'événement garanti (bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...), préalablement à toute intervention de ses services.

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

7.2.7. RETOUR ANTICIPÉ AU DOMICILE SINISTRÉ

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

7.2.8. RETOUR ANTICIPÉ EN CAS D'ATTENTAT, DE TROUBLES POLITIQUES OU DE CATASTROPHE NATURELLE

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

7.2.9. RETOUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE ASSURÉ

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

7.2.10. RETOUR APRÈS CONSOLIDATION DANS VOTRE PAYS DE DESTINATION

Lorsqu'à la suite d'un rapatriement sanitaire, Vous êtes en mesure de reprendre votre activité professionnelle, l'Assisteur, après accord de son *Équipe médicale*, organise votre retour dans votre *Pays de destination* afin de reprendre la mission/le séjour interrompu(e). L'Assisteur prend en charge le titre de transport aller simple en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

7.2.11. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

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

7.2.12. RETOUR IMPOSSIBLE

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

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

7.2.13. ASSISTANCE VOYAGE SI PERTE OU VOL D'EFFET PERSONNELS

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

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

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

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

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

7.2.14. RECHERCHE ET ENVOI DE MÉDICAMENTS INTROUVABLES SUR PLACE

En cas d'impossibilité de trouver sur place les médicaments indispensables ou leurs équivalents, prescrits avant le départ par votre médecin traitant dans votre *Pays de nationalité* (ou dans votre *Pays d'origine* si différent), l'Assisteur en fait la recherche en France. S'ils sont disponibles, ils sont expédiés dans les plus brefs délais sous réserve des contraintes des législations locales et des moyens de transport disponibles.

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

7.2.15. FRAIS DE RECHERCHE ET DE SECOURS

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

7.2.16. LIMITATIONS DE GARANTIE

Lorsque l'Assisteur organise et prend en charge un rapatriement ou un transport, il peut vous être demandé d'utiliser en priorité votre titre de voyage.

Lorsque l'Assisteur a assuré à ses frais votre retour, Vous devez impérativement lui remettre le titre de transport non utilisé.

7.3. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

L'Assisteur met à la disposition de l'Assuré un accompagnement psychologique. Le psychologue clinicien apporte aux Assurés, dans la plus parfaite confidentialité, un soutien médico-psychologique qui leur permettra de se confier et de clarifier la situation à laquelle ils sont confrontés. Il les aidera à identifier, évaluer et mobiliser leurs ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel, un rendez-vous est pris à convenance avec un psychologue de l'Assisteur qui rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, l'appelant pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de l'Assisteur soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur. L'accompagnement proposé est limité à trois (3) entretiens au plus.

En fonction de la situation et de l'attente du bénéficiaire, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer, près de son *Domicile*, un psychologue diplômé d'État. Le choix du praticien appartient à l'Assuré et les frais de consultation restent à sa charge.

De plus, en cas de décès de l'Assuré, l'Assisteur met à la disposition du *Conjoint* et/ou des *Enfants à charge* de l'Assuré un accompagnement psychologique, même si ces derniers ne sont pas affiliés au contrat. L'accompagnement proposé est également limité à Trois (3) entretiens au plus.

7.4. ASSISTANCE JURIDIQUE

7.4.1. FRAIS D'AVOCAT À L'ÉTRANGER

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

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

7.4.2. AVANCE DE CAUTION PÉNALE À L'ÉTRANGER

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

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

Vous êtes tenu de rembourser cette avance à l'Assisteur :

- dès restitution de la caution en cas de non-lieu ou d'acquiescement ;

- dans les 15 jours de la décision judiciaire devenue exécutoire en cas de condamnation ;
- dans tous les cas, dans un délai de 3 mois à compter de la date de versement.

7.5. RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE

OBJET DE LA GARANTIE

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

- de votre propre fait ou du fait des personnes dont *Vous* répondez ;
- des choses et animaux dont *Vous* êtes propriétaire ou gardien ;
- de la pratique de tous sports et activités de plein air (sauf *Exclusions* détaillées au paragraphe 8) ;
- de la responsabilité encourue lors de la participation à des stages d'entreprise à l'égard des maîtres de stage pour les seuls dommages occasionnés au matériel utilisé à l'occasion du stage ;
- de la location d'un appartement,
- en cas de dommages causés aux appartements voisins du vôtre,
- en cas de *Dommages corporels ou matériels* causés à vos invités.

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

PLAFONDS DE LA GARANTIE

- *Dommages corporels* : 4 500 000 € par *Sinistre*.
- *Dommages matériels et immatériels* consécutifs causés aux tiers : 450 000 € par *Année d'assurance*, les *Dommages immatériels* étant compris dans la somme assurée à concurrence de 20% soit 90 000 €. *Franchise* absolue de 75 € par *Sinistre*.
- *Dommages matériels* causés pendant le stage : 12 000 € par *Année d'assurance*. *Franchise* absolue de 75 € par *Sinistre*.

Comment bénéficiaire de la garantie ?

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

Veuillez écrire à : France.DeclarationsRC@Chubb.com

7.6. INDIVIDUELLE ACCIDENT :

7.6.1. EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

L'organisme assureur verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital dont le montant est fixé à 10 000 €. Il est précisé que si l'*Assuré* est âgé de moins de 16 ans à la date du décès, le montant du capital est en tout état de cause limité au montant des frais d'obsèques. La garantie s'applique au décès de l'*Assuré* survenant six mois au plus après l'*Accident* ayant entraîné des blessures ou lésions mortelles.

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

Attribution des prestations

Si l'*Assuré* décède, le capital est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* indiqués sur la Demande d'adhésion, ou à ceux que *Vous* avez désigné(s) ultérieurement. *Vous* pouvez modifier la clause de désignation lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation de cette dernière par le *Bénéficiaire* qui la rend irrévocable. La désignation de *Bénéficiaire* peut en outre être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le *Bénéficiaire* est nommément désigné, *Vous* pouvez porter au contrat les coordonnées de ce dernier. À défaut de désignation de *Bénéficiaire* ou si la désignation s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées à votre *Conjoint* survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital garanti ou cosignataire avec *Vous* d'un *Pacte Civil de Solidarité*, à défaut à vos enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à vos ascendants par parts égales, à défaut à vos autres héritiers. Si l'*Assuré* décède et que l'*Assuré* est âgé de 16 à 18 ans, le capital garanti revient à ses parents par parts égales entre eux et à défaut à ses autres héritiers.

Comment bénéficiaire de la garantie ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En cas d'*Invalidité* permanente partielle, le montant du capital est réductible en fonction du taux d'*Invalidité* reconnu.

Le taux d'*Invalidité* est fixé par le Médecin Conseil de l'organisme assureur après consolidation des blessures.

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

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

Comment bénéficier de la garantie ?

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

- transmettre tout document prouvant votre identité et/ou votre situation de famille ;
- faire parvenir un certificat du médecin appelé à donner les premiers soins et décrivant la nature exacte de votre état actuel, des lésions et de leurs conséquences ;
- transmettre tout document nécessaire pour établir la matérialité et l'importance de l'*Accident* ;
- vous soumettre à l'examen du médecin de l'assureur.

7.7. ASSURANCE BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS :

7.7.1. PERTE, VOL ET DESTRUCTION DE BAGAGES

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

- perte de *Bagages* pendant l'acheminement par une entreprise de transport ;
- vol de vos *Bagages*, objets et effets personnels pendant les trajets de l'assuré ;
- destruction totale ou partielle ou détérioration de vos *Bagages*, objets et effets personnels suite à un phénomène catastrophique tel qu'un incendie, une inondation, un effondrement ou un acte de terrorisme, pendant les trajets de l'assuré.

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

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

On entend par *Bagages*, vos sacs de voyage, vos valises ainsi que vos effets ou objets personnels qu'ils contiennent. Sont assimilés aux objets personnels, les objets de valeur dont le prix est supérieur ou égal à 500 € ainsi que les bijoux (les perles fines et de culture, les pierres précieuses et les pierres dures) et les fourrures vous appartenant. Sont assimilés aux bagages, les ordinateurs portables, les agendas électroniques, les matériels audio-visuels, les appareils photos, les appareils vidéo ou HIFI, vous appartenant.

Comment bénéficier de la garantie ?

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

7.7.2. RETARD DE BAGAGES

Si vos *Bagages*, enregistrés et placés sous la responsabilité de la compagnie aérienne, ne vous sont pas remis 24 heures après votre arrivée à destination de votre vol régulier, l'assureur vous indemnise à concurrence de 200 € des frais engagés pour vous procurer des achats d'urgence et de première nécessité.

7.7.3. UTILISATION FRAUDULEUSE DE LA CARTE SIM PAR UN TIERS

L'assureur prend en charge le coût des communications effectuées frauduleusement par un tiers à la suite du vol par *Agression* du téléphone mobile au cours de votre séjour hors de votre *Pays de nationalité*, dans la mesure où ces communications ont été effectuées avant l'enregistrement de la demande de mise en opposition de la Carte SIM par l'Assuré et dans les Quarante-Huit (48) Heures qui suivent la date et l'heure du vol.

7.7.4. CAS PARTICULIERS DES TÉLÉPHONES PORTABLES, SMARTPHONES ET TABLETTES PERSONNELS

L'assureur rembourse l'Assuré à concurrence de Cinq Cent Euros (500 €) par *Évènement* les téléphones portables, smartphones ou tablettes volés suite à *Agression* ou à l'arrachée hors de votre *Pays de nationalité*, sur présentation de justificatifs.

Calcul de la vétusté :

- Vingt Pour-Cent (20%) pendant la première année (à partir du 1^{er} jour d'achat) ;
- Quarante Pour-Cent (40%) pendant la deuxième année ;
- Pas de remboursement après la deuxième année.

Dans tous les cas, l'Assuré doit fournir les factures (initiales ou de remplacement) d'achat du matériel.

7.8. INCIDENTS DE VOYAGE

La garantie « Incidents de Voyage » est accordée à l'Assuré si le voyage est fait à bord d'un avion effectuant un vol régulier et exploité par un transporteur aérien. Cette garantie est limitée aux trajets entre le *Pays de nationalité* et le *Pays de destination*. Le transporteur aérien doit posséder les certificats, licences ou autorisations nécessaires pour le transport aérien régulier, émis par les autorités compétentes, dans le pays où l'avion est immatriculé.

En accord avec cette autorisation, il établit et publie des itinéraires et des tarifs, à l'usage des passagers, entre les aéroports dénommés selon des horaires réguliers.

Les heures de départ, les correspondances et les destinations sont celles figurant sur le titre de transport.

Limite d'engagement : le montant des indemnisations fixé, ci-après, sur les garanties relevant des « Incidents de Voyage » est un maximum remboursable en cas d'Évènement touchant concomitamment l'Assuré, son Conjoint et ses Enfants à charge accompagnant.

7.8.1. REPORT DE DÉPART

Vous êtes garanti pour le remboursement des pénalités appliquées par les compagnies aériennes en cas de report de votre date de départ.

La garantie s'exerce :

- en cas de date d'examen modifiée et attestée impérativement par un document officiel, à caractère imprévisible et non reportable, pour une date se situant pendant le voyage ou après la date fixée de retour dans votre *Pays de nationalité*, sous réserve que la convocation n'ait pas été connue au jour de l'adhésion au présent contrat ;
- en cas de convocation à un examen de rattrapage pour une date se situant pendant la durée du voyage, sous réserve que l'échec à l'examen n'ait pas été connu le jour de l'achat du billet d'avion..

La garantie s'exerce à concurrence de 100 € maximum par Assuré par Année d'assurance.

Comment bénéficier de la garantie ?

Vous devez aviser l'assureur depuis le site <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx> dans les 5 jours ouvrables suivant la date de survenance de l'évènement garanti. Votre déclaration doit comporter les informations suivantes :

- vos nom, prénoms et adresse ;
- le motif précis du report de la date de départ ou de retour ;
- le document officiel reprenant les dates des examens prévus et annulés ainsi que les nouvelles dates de convocation ;
- l'original de la facture faisant apparaître le montant des pénalités de retard.

Toute annulation non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

7.8.2. RETARD, ANNULATION DE VOL OU NON ADMISSION A BORD

Si, dans quelque aéroport que ce soit :

- le vol régulier confirmé de l'Assuré est retardé de **Quatre (4) Heures** ou plus par rapport à l'heure initiale prévue pour le départ ;
- le vol régulier confirmé de l'Assuré est annulé ;
- l'Assuré n'est pas admis à bord par suite d'un manque de place et qu'aucun moyen de transport de remplacement n'est mis à sa disposition dans un délai de **Six (6) Heures**.

L'Assuré est indemnisé à concurrence de **Trois Cents Euros (300 €)** de tous les frais de restauration, de rafraîchissements, d'hôtel et/ou de transfert aller/retour de l'aéroport ou du terminal.

Si, dans quelque aéroport que ce soit :

- **pour autant que la confirmation soit nécessaire, l'Assuré n'a pas préalablement confirmé son vol à moins qu'il n'en ait été empêché par une grève ou en cas de force majeure ;**
- **le retard résulte d'une grève ou d'un risque de Guerre Civile ou de Guerre Étrangère dont l'Assuré a eu connaissance avant son départ ;**
- **en cas de retrait, temporaire ou définitif, de l'autorisation de vol d'un avion, ordonnée soit par les autorités de l'aviation civile, soit par les autorités aéroportuaires ou par une autorité similaire de n'importe quel pays.**

7.8.3. MANQUEMENT DE CORRESPONDANCE

Si l'Assuré manque le départ d'un vol régulier de correspondance par suite de l'arrivée tardive du précédent vol régulier sur lequel il voyageait et qu'aucun moyen de transport de remplacement n'est mis à sa disposition dans un délai de Six (6) Heures après l'arrivée effective au lieu de correspondance, ses frais d'hôtel, de restaurants ou de rafraîchissements sont indemnisés à concurrence de Trois Cents Euros (300 €).

Les garanties « Retard, Annulation de Vol ou Non Admission à Bord » et « Manquement de Correspondance » peuvent se cumuler.

7.9. INTERRUPTION DE SÉJOUR

7.9.1. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SÉJOUR

Cette garantie a pour objet le remboursement au prorata temporis des frais de séjour déjà réglés, non utilisés et non remboursables (transport non compris), tels que les frais d'hébergement ou autres prestations réservées et prévues durant le voyage, en cas de retour anticipé suite à rapatriement médical de l'Assuré dans son *Pays de nationalité* organisé par l'Assisteur.

Le montant maximum de l'indemnité journalière s'élève à 250 € par jour, avec un plafond global de 5 000 € par *Année d'assurance*. L'indemnité est proportionnelle au nombre de jours de séjour non utilisés. Pour déterminer l'indemnité, seront déduits les frais de dossier, de visa, d'assurance, de pourboire, ainsi que les remboursements ou compensations accordés par l'organisateur du voyage ou tout autre organisme auprès duquel *Vous* avez réglé les frais en question.

7.9.2. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SCOLARITÉ

Cette garantie a pour objet le remboursement au prorata temporis des frais de scolarité en cas de retour anticipé suite à rapatriement médical de l'Assuré dans son *Pays de nationalité* organisé par l'Assisteur.

Le montant maximum de l'indemnité journalière s'élève à 250 € par jour, avec un plafond global de 5 000 € par *Année d'assurance*. Pour le remboursement des Frais de scolarité, seront pris en compte les Frais de scolarité déjà réglés, non remboursés et pour la période de la scolarité restant à effectuer à compter du jour suivant l'événement entraînant votre retour anticipé.

7.10. ASSURANCE EXAMEN :

Cette garantie a pour objet la prise en charge des *Frais de scolarité* suite au :

- *Redoublement* d'un *Élève* ou d'un *Étudiant* suite à son *Hospitalisation* durant les jours d'*Examen* ou de *Concours* ou survenant dans les 10 jours qui précèdent la période d'*Examen* ; cette *Hospitalisation* doit être supérieure à 3 jours sauf si elle survient la veille ou le jour d'un *Examen* ;
- *Redoublement* d'un *Élève* ou d'un *Étudiant* suite au décès consécutif à un *Accident* d'un *Membre de la famille* durant les jours d'*Examen* ou de *Concours* ou survenant dans les 10 jours qui les précèdent.

Afin de bénéficier de cette garantie, *Vous* devez impérativement être *Élève* ou *Étudiant*.

Si *Vous* êtes contraint, du fait de la survenance d'un des 2 événements cités ci-dessus, de redoubler votre année scolaire, l'assureur prend en charge le coût d'inscription scolaire ou universitaire de l'année de *Redoublement* à venir jusqu'à 10 000 €, sous réserve que :

- *Vous* soyez dans l'impossibilité de vous présenter au même *Examen* ou *Concours* organisé lors d'une session ultérieure au cours de la même année d'études,
- *Vous* soyez âgé de moins de 41 ans à la date d'inscription,
- le *Redoublement* soit effectif.

Le droit à indemnité ne peut s'exercer que si *Vous* vous réinscrivez dans la même filière d'études et pour le même *Examen* ou *Concours*.

Comment bénéficier de la garantie ?

Vous, ou toute personne agissant en votre nom, devez déclarer, depuis le site <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>, dès que *Vous* en avez connaissance, et au plus tard **dans les 5 jours après sa survenance**, tout *Sinistre* de nature à entraîner la garantie du contrat.

Quels documents joindre à votre demande ?

En cas de décès d'un Membre de la famille :

- le numéro de votre contrat ;
- une photocopie du dossier d'inscription dans votre établissement d'enseignement ;
- un certificat médical précisant la date et les causes du décès ainsi que la date des premiers symptômes et le détail des traitements en cours à la date du décès ;
- une copie de l'acte de décès ;
- toute pièce, notamment le procès-verbal des forces de police, prouvant que le décès résulte d'un *Accident* et décrivant ses circonstances.

En cas d'Hospitalisation de l'Élève ou de l'Étudiant :

- le numéro de votre contrat ;
- une photocopie du dossier d'inscription dans votre établissement d'enseignement ;
- une photocopie des relevés de scolarité obtenus depuis l'événement garanti ;
- un certificat du médecin ayant prescrit l'*Hospitalisation*, décrivant les blessures et les circonstances de l'*Accident* ou l'origine et la nature de la maladie et précisant la première date de constatation ;
- en cas d'*Accident*, toute pièce, notamment le procès-verbal des forces de police, prouvant que l'*Hospitalisation* résulte d'un *Accident* et décrivant ses circonstances.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander, avant tout versement de l'indemnité, toute autre pièce justificative (rapport d'expertise médicale ou judiciaire, document fiscal...) pour les besoins du règlement du dossier.

Dans tous les cas, l'organisme assureur se réserve le droit d'exiger le remboursement de l'indemnité versée si *Vous* abandonnez vos études et/ou si *Vous* ne vous présentez pas aux *Examens*, sauf cas de force majeure.

8. CE QUI EST EXCLU DE VOTRE CONTRAT

8.1. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7. ci-après, sont exclus de la garantie frais de santé ainsi que leurs suites et conséquences de :

- 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* ;
- les soins nécessitant un *Accord préalable*, dispensés sans *Accord préalable* (en cas d'*Hospitalisation* sans *Accord préalable*, une *Franchise* de 20% sera appliquée à votre remboursement) ;
- les frais de parapharmacie, les soins cosmétiques, les produits d'hygiène, les crèmes solaires et/ou hydratantes, les produits de maquillage, les traitements de confort, les vitamines et minéraux, les compléments alimentaires, les produits diététiques, les aliments pour bébé, les eaux minérales ;
- la pédicure ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- les auxiliaires médicaux autres que kinésithérapeute et infirmier ;
- l'ergothérapie, la logopédie et le traitement des troubles psychomoteurs ;
- les consultations de psychologues ;
- les traitements de psychothérapie et les traitements ambulatoires (consultations, médicaments, tests de diagnostic et analyses) relatifs aux :
 - troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues, d'alcool et d'autres substances psycho-actives ;
 - troubles anxieux phobiques (agoraphobie, phobies sociales, panique) ;
 - troubles de l'humeur, épisodes maniaques, dépressifs, troubles affectifs bipolaires ;
 - troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie, somnambulisme), troubles du rythme veille-sommeil ;
 - troubles de la personnalité ;
- les prothèses et implants dentaires, la parodontologie et tout traitement d'orthodontie ;
- les frais d'optique, sauf s'ils font suite à un *Accident caractérisé* ;
- les frais de prothèses, sauf dans le cadre d'une *Hospitalisation* ;
- les séances de préparation à l'accouchement ;
- la thalassothérapie et les cures thermales ;
- les médicaments non génériques, quand leur forme générique est disponible et peut être prescrite à l'*Assuré* ;

- l'homéopathie ;
- l'opération de l'articulation temporo-mandibulaire ;
- le trouble du déficit de l'attention avec ou sans l'hyperactivité ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement ;
- tout traitement lié à la stérilité, à la fertilité ou à la contraception ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- la chirurgie au laser des yeux (y compris la correction de la myopie) et le traitement de la cataracte ;
- les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes ;
- les traitements préventifs ;
- les bilans de santé, les tests de routine et check-up ;
- les traitements non reconnus par les *Autorités médicales* du pays dans lequel ils se déroulent ;
- les traitements expérimentaux ;
- toute *Hospitalisation* programmée, au moment de l'adhésion, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la maladie ;
- les frais annexes tels que les frais de téléphone en cas d'*Hospitalisation* ou les frais somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les séjours dans les maisons de repos ou de convalescence ne faisant pas suite à une *Hospitalisation* suite à un *Accident* ;
- 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 thermomètres et tensiomètres ;
- les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection ;
- le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre addiction ou maladie liée à une telle dépendance ;
- les séjours en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires ;
- les hormones de croissance ;
- les opérations et traitements liés au changement de sexe ;
- l'automutilation ;
- toute dépense non médicalement nécessaire.

En cas de choix de l'Option 2, est également exclue toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et qui n'est pas prise en charge par la Caisse des Français de l'Étranger ou la Sécurité Sociale française.

8.2. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT :

- Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7 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 de l'*Assisteur*) :
- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
 - les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'*Assuré* de poursuivre son déplacement ;
 - les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
 - les *Maladies préexistantes* antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
 - les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
 - les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
 - les états de grossesse, les accouchements et leurs suites concernant les nouveau-nés, les interruptions volontaires de grossesse ;
 - l'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
 - les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
 - les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
 - les *Maladies* ou malformations congénitales ;
 - les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
 - les conséquences de la participation à un pari, un défi, un duel ou un crime ;
 - les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique des activités sportives ;
 - les frais de séjour sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance ;
 - les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;
 - les frais non justifiés par des documents originaux ;
 - tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Ne sont pas pris en charge :

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

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

- les frais engendrés sans l'accord préalable de l'Assisteur ;
- les frais engendrés par une prolongation du séjour qui ne serait pas due à un événement de Force majeure telle que définie au paragraphe 1 et constaté par les autorités publiques compétentes.

Sont exclus de la garantie frais de recherche et de secours :

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

8.3. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSURANCE BAGAGES ET EFFETS PERSONNELS :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7 ci-après, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :

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

8.4. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7 ci-après, sont exclus de la garantie :

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

- les dommages consécutifs à l'usage de l'Assuré de tout appareil de navigation aérienne ;
- les dommages résultant de la pollution ;
- les écaillures, ébréchures et éraflures aux appareils sanitaires ainsi que les bris de vaisselles et les dommages causés à la literie.

8.5. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie :

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

8.6. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE ASSURANCE EXAMEN :

Outre les *Exclusions* communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.7, ne sont pas garantis au titre de la présente garantie, les *Frais de scolarité* de l'année de *Redoublement* à venir si :

- l'Élève ou l'Étudiant a la possibilité de se présenter au même *Examen* ou *Concours* au cours d'une session ultérieure dans l'année d'études en cours ;
- l'*Hospitalisation* est la conséquence d'un *Accident* ou d'une *Maladie inopinée* ayant fait l'objet d'un traitement médical ou d'une *Hospitalisation* dans les six mois qui précèdent la date de souscription du contrat ;
- l'*Hospitalisation* de l'Élève ou de l'Étudiant n'est pas la conséquence d'un état médical grave ou si cette *Hospitalisation* peut raisonnablement être retardée.

8.7. 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 accidents de circulation en véhicule à deux roues si l'Assuré ne portait pas de casque ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, 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 préexistantes* 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'auto, de moto ou de karting, la compétition automobile, 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, les sports de défense et de combat, 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 ;
- de la pratique d'activités sportives impliquant la présence d'un animal telles que l'équitation, les compétitions équestres et les corridas ;
- de la pratique de la chasse ;
- 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.

9. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

9.1. QUI ASSURE VOTRE CONTRAT ?

Il a été conclu par l'Association des Assurés APRIL (Association loi 1901, située 114, Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon, Cedex 03, FRANCE, qui a pour objet d'étudier, de souscrire et de promouvoir tout type de contrat d'assurance au profit de ses adhérents, de créer un esprit de solidarité internationale entre eux, de mettre à leur disposition des moyens d'information et de gestion adéquats et d'assurer leur représentation auprès de toute société d'assurance, et dont les statuts sont téléchargeables à l'adresse <https://www.associationdesassuresapril.fr/l-association/l-association-en-bref>) :

pour la garantie frais de santé :

des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative avec Axéria Prévoyance (conventions n°A3MCSLDFDSIE2013 et A3MCSLDFDSRO2013), société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129 ;

pour les garanties assistance rapatriement, responsabilité civile vie privée, stage et locative, individuelle accident, assurance bagages, incident de voyage, interruption de séjour et assurance Examen :

une convention d'assistance de groupe à adhésion facultative avec Chubb European Group SE (convention n°FRBSTA63941), entreprise régie par le Code des assurances français, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANCE. Les prestations d'assistance sont fournies par Europ Assistance.

9.2. CADRE LÉGAL :

L'autorité chargée du contrôle des organismes assureurs est : l'Autorité Prudential et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

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

L'adhésion au contrat Expat Student est constituée par la Demande d'adhésion, les présentes Conditions générales et l'Attestation d'assurance. Elle est soumise à la législation française et notamment à son Code des assurances.

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

9.3. PRESCRIPTION :

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,
- 2) en cas de *Sinistre*, que du jour où *Vous* en avez eu connaissance, si *Vous* prouvez que *Vous* l'avez ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les *Accidents* atteignant les personnes, lorsque les *Bénéficiaires* sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

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

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

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

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

9.4. 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.

9.5. 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 Relation Assurés dont les coordonnées sont les suivantes : Adresse : APRIL International Care France – Service courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCE. E-mail : reclamation@april-international.com

Pour votre information, nos assureurs partenaires Axéria Prévoyance (90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE) et Chubb European Group SE, (La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANCE), nous ont confié le traitement des réclamations.

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

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

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

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

9.6. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL 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 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 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 aux Organismes assureurs et à APRIL 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 à l'adresse mentionnée ci-dessous.

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.

La Caisse des Français à l'Étranger étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL. 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.

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 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 OPOSETEL – Service BLOCTEL –

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

RENONCIATION

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, ou en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre 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.

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours à compter du jour de la conclusion du contrat 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 : **Expat Student Réf. ExS Cov**

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 Carte France : n° client C





Siège social APRIL International Care :

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info.expats@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 72
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (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



STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

Mis à jour au 17 avril 2018

SOMMAIRE

TITRE 1 – CONSTITUTION – OBJET – SIEGE SOCIAL - DUREE	p.2
TITRE II – MEMBRES ADHERENTS ET CONDITIONS D'ADHESION.....	p.3
TITRE III – RESPONSABILITES DES MEMBRES ADHERENTS ET OPPOSABILITES AUX MEMBRES ADHERENTS	p.4
TITRE IV – RESSOURCES - DEPENSES	p.4
TITRE V – ACTION SOCIALE	p.5
TITRE VI – ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT	p.5

TITRE I – CONSTITUTION - OBJET - SIEGE SOCIAL - DUREE

Article 1. CONSTITUTION ET DENOMINATION

Il existe une Association ayant pour dénomination « Association des Assurés APRIL » ou en abrégé Association 3 A, fondée suivant acte sous seing privé à Lyon en date du 1er janvier 1984 et régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.

Il s'agit d'une Association à but non lucratif.

L'Assemblée Générale Extraordinaire de l'Association des Assurés APRIL a constaté le 27 avril 2018 la réalisation définitive de la fusion-absorption de l'Association des Assurés d'APRIL INTERNATIONAL par l'Association des Assurés APRIL et la dissolution de plein droit, sans liquidation de l'Association des Assurés d'APRIL INTERNATIONAL.

Article 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses Membres Adhérents, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires ou à partir du 1^{er} euro, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des régimes obligatoires notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses Membres Adhérents aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses Membres Adhérents en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne de ses Membres Adhérents dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

Article 3. SIEGE

Le siège social est fixé à Lyon 3ème, 114 boulevard Marius Vivier Merle.

Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration qui dispose à cet effet, du pouvoir de modifier les statuts.

Article 4. DUREE

L'Association est constituée pour une durée illimitée ; elle prend fin toutefois en cas de dissolution volontaire, statutaire ou judiciaire.

TITRE II – MEMBRES ADHERENTS ET CONDITIONS D'ADHESION

Article 5. COMPOSITION

L'Association se compose de Membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non-salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

Pour faire partie de l'Association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de Membre Adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation, le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Sont également Membres Adhérents, mais sans voix délibérative, sur décision du Conseil d'Administration :

- Les personnes physiques ou morales rendant ou ayant rendu des services signalés à l'Association, dites membres d'honneur ou honoraires ;
- Les personnes physiques ou morales ayant effectué un don ou legs à l'Association, dites membres bienfaiteurs.

Article 6. PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE ADHERENT

La qualité de Membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;

- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;

- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de Membre Adhérent reste acquise à l'Association.

TITRE III – RESPONSABILITES DES MEMBRES ADHERENTS ET OPPOSABILITES AUX ADHERENTS

Article 7. RESPONSABILITES DES MEMBRES ADHERENTS

Les Membres Adhérents aux conventions souscrites par l'Association ne sont en aucun cas personnellement responsables des engagements contractés par elle ; seul en répond le patrimoine de l'Association.

Article 8. OPPOSABILITES AUX MEMBRES ADHERENTS

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Membres Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

TITRE IV – RESSOURCES - DEPENSES

Article 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations de ses Membres Adhérents ;
- du revenu de ses biens ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- des subventions ou versements autorisés par la loi ;
- de toutes autres ressources non interdites par la loi ;

Article 10. DEPENSES

Les dépenses de l'Association sont constituées par toutes les sommes nécessaires à son fonctionnement et à sa représentation. Elles sont ordonnées par le Conseil d'Administration ou par toute autre personne par lui mandatée à cet effet.

TITRE V – ACTION SOCIALE

Article 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Membres Adhérents

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Actions Solidaires est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Solidaires menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

TITRE VI – ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

Article 12. CONSEIL D'ADMINISTRATION

1. Composition

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration comprenant au moins six (6) membres et au plus quinze (15) membres nommés pour six (6) ans. Les membres du Conseil d'Administration sont nommés par l'Assemblée Générale ; ils sont choisis parmi les Membres Adhérents de l'Association.

Le Conseil d'Administration doit être composé, pour plus de la moitié, de Membres Adhérents ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'Association et ne recevant ou n'ayant reçu, au cours de la même période, aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout Administrateur, venant en cours de mandat à détenir un mandat ou recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association, s'engage à en informer immédiatement le Président par courrier recommandé avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration venait à faire passer le nombre d'Administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun

intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'association et ne recevant ou n'ayant reçu, au cours de la même période, aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes, à moins de 51%, l'Administrateur en question perdra automatiquement sa qualité d'Administrateur et il sera procédé à son remplacement conformément à l'Article 12 des statuts. En cas de vacance par décès, démission, atteinte de la limite d'âge ou toute autre cause, le Conseil d'Administration pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Leur remplacement définitif intervient à la prochaine Assemblée Générale. Les mandats des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

A défaut de ratification, les délibérations et les actes accomplis par le Conseil d'Administration depuis la nomination provisoire n'en demeureront pas moins valables.

Le Conseil d'Administration se renouvelle par tiers tous les 2 ans. Les membres sortants sont rééligibles. L'ordre de sortie est déterminé d'après l'ancienneté des nominations.

Est éligible au Conseil d'Administration toute personne, âgée de 18 ans au moins, le jour de l'élection, Membre Adhérent de l'Association et à jour de cotisation associative.

La limite d'âge à la fonction d'Administrateur est fixée à 70 ans. Pour le cas où cet âge est atteint en cours de mandat, celui-ci prendra fin automatiquement à la date anniversaire de l'Administrateur.

Toute nouvelle candidature devra être portée à la connaissance du Président du Conseil d'Administration par courrier recommandé, reçu au moins trente jours avant la date de l'Assemblée Générale, accompagné :

- de la copie d'une pièce d'identité ;
- d'une attestation sur l'honneur de non condamnation ou mesures mentionnées aux 1° à 5° de l'article L 322-2 du Code des assurances ;
- d'une attestation mentionnant l'existence ou la non existence à son bénéfice de mandat ou d'éventuelle rétribution provenant de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association.

Nul ne peut être membre du Conseil d'Administration de l'Association, ni directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer, diriger ou gérer à titre quelconque l'Association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet d'une des condamnations ou mesures mentionnées aux paragraphes 1° à 5° de l'article L. 322-2 du Code des assurances.

Le Conseil d'Administration élit chaque année à bulletin secret parmi ses membres à la majorité des suffrages exprimés, un bureau comprenant : un Président, un Vice-Président, un Secrétaire, un Trésorier et éventuellement des adjoints. Les membres du bureau sortant sont rééligibles. Le Conseil d'Administration peut se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, adhérentes ou non à l'Association.

2. Réunion du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige sur convocation du Président. La convocation pourra être effectuée par tous moyens à sa convenance.

Les délibérations du Conseil d'Administration font l'objet d'un procès-verbal, consigné dans un registre signé par le Président et par au moins un des Administrateurs.

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si plus de la moitié des Administrateurs est présente.

Les décisions du Conseil d'Administration sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Tout membre du Conseil d'Administration qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions successives, pourra être exclu par décision du Conseil d'Administration, après avoir été mis en mesure de présenter ses observations.

3. Rémunération

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. Toutefois, les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives. Le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale Ordinaire doit faire mention des remboursements de frais et débours effectués à des Administrateurs.

4. Pouvoirs

Le Conseil d'Administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association. Il fixe notamment le montant de la cotisation associative à verser par les membres de l'Association.

Il peut donner toute délégation de pouvoir au Président ou à un membre du bureau.

5. Fonction et pouvoirs du Président – Fonctions du Secrétaire et du Trésorier

Les membres du bureau sont spécialement investis des attributions suivantes :

1. Le **Président** dirige les travaux du Conseil d'Administration et assure le fonctionnement de l'Association. Il la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il peut déléguer ses pouvoirs à un autre Administrateur. En cas d'empêchement, il est suppléé par le Vice-Président.
2. Le **Secrétaire** est chargé de la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations. Il rédige les procès-verbaux des délibérations et les transcrit sur les registres. Il assure l'exécution des formalités prescrites par la loi.
3. Le **Trésorier** est chargé de la gestion du patrimoine propre de l'Association et de la tenue des comptes. Il perçoit les recettes et effectue les paiements sous le contrôle du

Président. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'Assemblée Générale qui statue sur les comptes.

Les fonctions de membre du Bureau ne peuvent pas faire l'objet d'une rémunération sous quelque forme que ce soit.

Article 13. ASSEMBLEES GENERALES

1. Assemblées Générales

1.1. Assemblée Générale Ordinaire

Au moins une fois par an, les Membres Adhérents sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire dans les conditions prévues ci-dessous.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

- le rapport sur la gestion établi par le Conseil d'Administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'Association. Ce rapport est tenu à la disposition des Membres Adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes ;
- le rapport moral ;
- le rapport financier.

L'Assemblée Générale Ordinaire, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile) et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration dans les conditions prévues à l'Article 12 des présents statuts.

1.2. Assemblée Générale Extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts, les opérations de fusion ou de dissolution.

2. Convocations

2.1. Convocation aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Les Membres Adhérents de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, en règle de leur cotisation associative, sont réunis au moins une

fois par an, en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires se composent de tous les Membres Adhérents de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Membres Adhérents.

Les Assemblées Générales se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires, sur la demande d'au moins 10% des Membres Adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée Générale Extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée Générale Extraordinaire doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent Membres Adhérents, dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président de l'Association quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée Générale.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

3. Droit de vote

3.1. Droit de vote aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Tout Membre Adhérent dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale Ordinaire et Extraordinaire.

Les Membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Membre Adhérent personne physique, a la faculté de donner mandat à un autre Membre Adhérent ou à son conjoint. Un même Membre Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - Ordinaire et Extraordinaire - se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président ou à son délégataire au sein du Conseil d'Administration et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

3.1.1. Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée. Toutefois, si le quart au moins des Membres Adhérents présents le demande, les votes sont émis au scrutin secret.

Pour l'élection des membres du Conseil d'Administration, le vote secret est obligatoire.

3.1.2. Assemblée Générale Extraordinaire

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée, sauf toutefois si le quart au moins des Membres Adhérents présents demande les votes sont émis au scrutin secret.

4. Tenue des Assemblées

La Présidence des Assemblées appartient au Président de l'Association qui peut déléguer ses fonctions au Vice-Président et à défaut à un autre Administrateur.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées obligent par leurs décisions tous les Membres Adhérents concernés y compris les absents.

4.1. Tenue des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Les Assemblées Générales Ordinaire et Extraordinaire ne peuvent valablement délibérer que si au moins mille Membre Adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des Membres Adhérents présents ou représentés.

A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Sur décision du Président, les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires pourront être tenues à distance et donner lieu à un vote électronique.

Article 14. REGLEMENT INTERIEUR

Un règlement intérieur peut être établi par le Conseil d'Administration qui pourra compléter les dispositions statutaires.

Article 15. DISSOLUTION – FUSION – DEVOLUTION DES BIENS

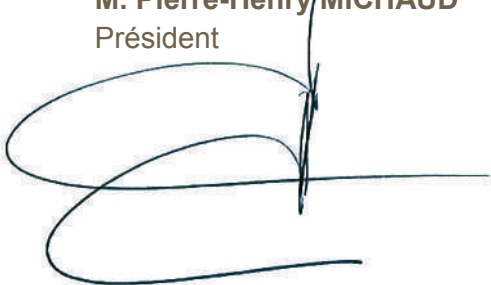
La dissolution de l'Association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidées, sur proposition du Conseil d'Administration, que par une Assemblée Générale Extraordinaire, selon les conditions prévues ci-dessus.

Conformément à l'article L. 140-6 du code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'Association, les adhésions des Membres Adhérents aux conventions d'assurance collective, en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit.

Article 16. LANGUE

La langue des présents statuts est la langue française. En cas de traduction, seule la version française fait foi.

M. Pierre-Henry MICHAUD
Président



M. Jean-Louis FAVROT
Secrétaire

