



NedsExpat

DE VERZEKERING VOOR
NEDERLANDERS IN FRANKRIJK

2020

Volg ons op Facebook en Twitter!

 www.facebook.com/AprilExpat

 www.twitter.com/AprilExpat



Insurance made easy.

NedsExpat, DE ZORGVERZEKERING VOOR NEDERLANDERS

NedsExpat is een speciale zorgverzekering voor Nederlanders die langer dan een jaar in Frankrijk wonen. Het contract biedt verscheidene formules en dekkningsniveaus ter aanvulling van een Franse basisverzekering.

EEN SOLIDE ZIEKTEKOSTENDEKKING

Afhankelijk van de gekozen formule en aanbod:

- › Kosten voor ziekenhuisopname vergoed tot 100% van de werkelijke kosten
- › Consulten bij huisartsen en specialisten vergoed tot 300% van de BRSS*
- › Alternatieve geneeskunde (osteopathische en chiropractische zorg) vergoed tot € 150 per jaar
- › Geen wachttijden voor uw courante ziektekosten

*BRSS = base de remboursement de la Sécurité sociale (basis voor vergoeding Frans ziekenfonds [zie definitie p11](#))

EEN AANVULLENDE FRANSE ZORGVERZEKERING GEKOPPELD AAN INTERNATIONAAL BEHEER

- › Vereenvoudigde aanvraagformaliteiten: geen gezondheidsvragenlijst
- › Geen voorschieten van kosten in Frankrijk voor de posten:
 - ziekenhuisopname: u hoeft de zorginstelling niet te betalen, dat doen wij voor u!
 - apotheek, radiologie en laboratorium, met de derdebetalende kaart (carte de tiers payant)
- › Permanente dekking: de dekking loopt door zolang u wilt en een stijging van uw persoonlijke kosten brengt geen stijging van uw premies met zich mee
- › Zeer voordelig tarief (echt)paar en alleenstaand ouder met kind(eren)
- › Betalingsmogelijkheden: per maand, kwartaal- of halfjaar per SEPA afschrijving zonder extra kosten
- › Een tweetalige beheerder (Frans-Nederlands) die u te woord staat
- › App Easy Claim in het Nederlands



DE MEERDERE TALEN SPREKENDE MEDEWERKERS VAN ASSURANCES SECARA 3000 ZIJN U GRAAG VAN DIENST:



per telefoon: +33 (0)4 76 37 05 22



per e-mail: contact@secara.fr



op ons kantoor: 5-7 place Saint Clément
38480 Pont de Beauvoisin - FRANKRIJK

EEN GESCHIKTE OPLOSSING VOOR NEDERLANDERS IN FRANKRIJK

U hebt de mogelijkheid de dekking te kiezen die het beste bij u past.



Franse algemene ziektekostendekking (Protection Universelle Maladie - PUMA)

Indien u voor een periode van meer dan drie maanden op vaste en ononderbroken wijze in Frankrijk woont en/of u er als werknemer of anderszins een activiteit uitvoert, kan het zijn dat u in aanmerking komt voor deelname aan de Franse algemene ziektekostendekking, waarbij het Franse sociale zekerheidsstelsel uw ziektekosten voor zijn rekening neemt.

Het is aan u om te bekijken of dit op u van toepassing is en of u recht hebt op deelname aan de PUMA. Meer informatie over de voorwaarden om ingeschreven te worden vindt u op:

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/securite-sociale/article/la-mise-en-place-de-la-protection-universelle-maladie>

Indien u bij APRIL een verzekering vanaf de eerste euro afsluit en u vervolgens voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen aan de PUMA, kan uw contract omgezet worden in een aanvullende dekking na vergoeding door de PUMA.

Kies de dekking die bij uw situatie past een optie en dekkingsniveau

FORMULE ZIEKENHUISOPNAME	
OPTIE 150	OPTIE 300
Ziekenhuisopname	

FORMULE INTEGRAAL		
OPTIE 100	OPTIE 150	OPTIE 300
Ziekenhuisopname		
+		
Courante medische zorg		
+		
Brillen en contactlenzen - Tandheelkundige zorg		

Met **NedsExpat** bent u het hele jaar door verzekerd in Frankrijk

DEKKING VOLLEDIG EN AANGEPAST AAN NEDERLANDERS IN FRANKRIJK



VALT U ONDER EEN VERPLICHTE FRANSE VERZEKERINGSREGELING? BEKIJK ONS AANBOD VOOR EEN AANVULLENDE VERZEKERING

> Dekking ter aanvulling van een verplichte Franse basisverzekering:

De vermelde dekking veronderstelt uitkering door de Franse verplichte verzekering. APRIL International keert pas uit nadat de Franse verplichte verzekering tot uitkering is overgegaan, behoudens voor de posten, Contactlenzen en Thermale kuren. Voor deze posten wordt het in onderstaand overzicht vermelde bedrag uitgekeerd bovenop de uitkering van de Franse verplichte ziektekostenverzekering.

Wanneer u kiest voor de formule Integraal, worden uw dekkingen en hoogte van de vergoedingen automatisch aangepast, afhankelijk van de wettelijke en reglementaire veranderingen waaronder 'verantwoorde en solidaire contracten' vallen.


> De wijze van zorgkostenvergoeding van de 'verantwoorde contracten' :

De mate van de vergoeding hangt af van de status van de arts: arts die aangesloten is bij een Frans mechanisme voor een beheerst tariefbeleid (DPTAM) of arts die niet bij een DPTAM aangesloten is. Bij behandelingen en consulten door een arts die aangesloten is bij een DPTAM krijgt u een hogere vergoeding door het Franse sociale zekerheidssysteem.

> Hoe weet ik of een arts aangesloten is bij een DPTAM?

U kunt op de site <http://annuaire.sante.ameli.fr/> zoeken op naam, specialisme of medische verrichting. Bij de gegevens van de arts wordt aangegeven of deze overschrijdingen van het honorariumplafond beperkt, en een contract voor toegang tot zorg heeft getekend (CAS, contrat d'accès aux soins).

> FORMULE ZIEKENHUISOPNAME

AANBIEDINGEN	OPTIE 150	OPTIE 300
HZIEKENHUISOPNAME* (verblijven bij geneeskunde, chirurgie, verpleging aan huis en kraamkliniek) > Wachttijd 3 maanden 		
Chirurgische en medische ziekenhuisopname <small>zie definitie p11</small>	150% van de VBVV <small>zie definitie p11</small>	300% van de VBVV <small>zie definitie p11</small>
Vast dagbedrag <small>zie definitie p11</small>	100% van de werkelijke kosten <small>zie definitie p11</small> (met een maximum van 90 dagen in een psychiatrische zorginstelling)	
Eénpersoonskamer (geen vergoeding bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis)	€ 30 per dag (beperkt tot 90 dagen per jaar) – telefoon- en internetkosten inbegrepen	100% van de werkelijke kosten (beperkt tot 120 dagen per jaar) telefoon- en internetkosten vergoed tot € 25/dag
Begeleidingskosten (geen vergoeding bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis)	€25 per dag (beperkt tot 90 dagen per jaar)	€25 per dag (beperkt tot 120 dagen per jaar)
Vervoerskosten patiënt vergoed door het Verplichte verzekering <small>zie definitie p11</small>	100% van de VBVV (behoudens thermale kuren)	
Vast bedrag courante medisch zorg bij ongeluk: radiologie, analyses, technische medische handelingen, medicijnen	100% van de werkelijke kosten, tot € 50/verrichting en tot € 750/jaar per verzekerde	100% van de werkelijke kosten, tot € 75/verrichting en tot € 1.000/jaar per verzekerde

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

> FORMULE INTEGRAAL


> 100% Vergoeding van ziektekosten (100% santé)

Met de hervorming genaamd «100% Vergoeding van ziektekosten», verandert de dekking voor brillen (lenzen), hoortoestellen en tandheelkundige zorg vanaf 1 januari 2020.

Het doel van deze hervorming is om de toegang tot kwaliteitszorg te verbeteren, dankzij een gehele vergoeding van de Verplichte en Aanvullende Ziektekostenverzekering voor optiek (brillen, contactlenzen), hoortoestellen en tandheelkundige zorg. De hervorming zal geleidelijk aan worden doorgevoerd tot aan 2021. Zo kunt u gebruik maken van de 'pakketten 100% vergoeding ziektekosten', die een selectie bevatten van brillen, gebitsprothesen en hoortoestellen tot een maximumbedrag, waarvan de kosten volledig aan u vergoed zullen worden. U kunt ook kiezen voor zorgvoorzieningen buiten de pakketten van 100% vergoeding van ziektekosten om, zogenaamde 'vrije' voorzieningen, die vergoed worden volgens de voorwaarden uit uw zorgverzekeringscontract.

		NIEUW		
		Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten
AANBIEDINGEN		OPTIE 100	OPTIE 150	OPTIE 300
ZIEKENHUISOPNAME* (verblijven bij geneeskunde, chirurgie, verpleging aan huis en kraamkliniek) 				
Verblijfkosten	Aangesloten instellingen met tariefafspraken			100% van de werkelijke kosten
	Andere	100% van de VBVV	150% van de VBVV	90% van de werkelijke kosten (met een minimum van 100% van de VBVV)
Vast dagbedrag		100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten
Medische honoraria	DPTAM artsen <small>zie definitie pag.11</small>	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
	Niet bij het DPTAM aangesloten -artsen <small>zie definitie pag.11</small>	100% van de VBVV	130% van de VBVV	200% van de VBVV
Eénpersoonskamer		–	€ 30 per dag (beperkt tot 90 dagen per jaar) – telefoon- en internetkosten inbegrepen	100% van de werkelijke kosten (beperkt tot 120 dagen per jaar) telefoon- en internetkosten vergoed tot € 25/dag
Begeleidingskosten		–	€ 25 per dag (beperkt tot 90 dagen per jaar)	€ 25 per dag (beperkt tot 120 dagen per jaar)
Vervoerskosten patiënt vergoed door het Franse basisverzekering		100% van de VBVV (behalve thermale kuren)	100% van de VBVV (behalve thermale kuren)	100% van de VBVV (behalve thermale kuren)
COURANTE MEDISCHE 				
Medische honoraria: Consulten/bezoek aan huisartsen en specialisten Specialistische, chirurgische en medischtechnische verrichtingen	DPTAM artsen	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
	Niet bij het DPTAM aangesloten -artsen	100% van de VBVV	130% van de VBVV	200% van de VBVV


> FORMULE INTEGRAAL (VERVOLG)

		NIEUW		
		Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten
AANBIEDINGEN		OPTIE 100	OPTIE 150	OPTIE 300
COURANTE MEDISCHE (VERVOLG) 				
Medische honoraria: Radiologie	DPTAM artsen	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
	Niet bij het DPTAM aangesloten -artsen	100% van de VBVV	130% van de VBVV	200% van de VBVV
Paramedische honoraria: analyses en laboratoriumonderzoeken		100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Medicijnen vergoed door het Franse basisverzekering		100% van de VBVV	100% van de VBVV	100% van de VBVV
Vervoerskosten patiënt vergoed door het Franse basisverzekering		100% van de VBVV	100% van de VBVV	100% van de VBVV
Medisch materiaal: Orthopedische apparaten en kosten (behalve hoortoestellen en optische accessoires)		100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV

TANDHEELKUNDIGE KOSTEN 				
(Dekking beperkt tot 100% van de VBVV gedurende eerste 6 maanden behalve «100% santé»)				
Tandheelkundige zorg en protheses betaald door het Franse basisverzekering "100% Santé" ¹		100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten
Tandheelkundige zorg betaald door het Franse basisverzekering		100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Tandheelkundige protheses betaald door het Franse basisverzekering "Panier Maîtrisé" (beperkte dekking) en "Panier Libre" (vrije dekking) ¹		100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Orthodontie betaald door het Franse basisverzekering		100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV


BRILLEN EN CONTACTLENZEN 				
Ten aanzien van brillen zijn in het kader van uw pakket de vaste vergoedingen voor monturen beperkt tot 100 euro in klasse B en tot 30 euro in klasse A.				
De dekking geldt voor gemaakte aankoopkosten van een voorziening bestaande uit twee glazen en een montuur per periode van twee jaar vanaf de laatste aankoop of per periode van een jaar voor kinderen jonger dan 16 jaar of in geval van wijziging van het zicht.				
Voorziening klasse A "100% Santé" ² : 1 montuur + 2 glazen, inclusief afstellen en aanpassing van de oogcorrectie	100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten	
Voorziening klasse B "Panier Libre" ² : 1 montuur + 2 glazen	100% van de VBVV	Vast bedrag € 200	Vast bedrag € 300	
Gemengde voorziening: combinatie van glazen en montuur van klasse A en B ²	Vergoeding van de voorzieningen uit klasse B tot 100% van de VBVV en de elementen uit klasse A tot aan de werkelijke kosten.	Zie de bedragen van de voorzieningen uit klasse B, onder aftrek van de elementen uit klasse A waarvan de werkelijke kosten vergoed worden. De elementen uit klasse A worden vergoed op basis van de werkelijke kosten.		
Contactlenzen geaccepteerd en geweigerd door het Franse basisverzekering	100% van de VBVV	100% van de VBVV + vast bedrag € 50 per jaar	100% van de VBVV + vast bedrag € 80 per jaar	
Refractiechirurgie	—	Vast bedrag van € 100	Vast bedrag van € 100	

> FORMULE INTEGRAAL (VERVOLG)

	NIEUW		
	Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten	Verantwoorde contracten
AANBIEDINGEN	OPTIE 100	OPTIE 150	OPTIE 300
HOORTOESTELLEN 			
Hoortoestellen - Tot 31/12/2020	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV

Hoortoestellen vanaf 01/01/2021
(Vergoeding van een toestel per oor per vier jaar vanaf de datum van de laatste aankoop).

	100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten
Voorziening klasse 1 "100% Santé" ³	100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten	100% van de werkelijke kosten
Gehoorthoortoestellen van klasse 2 "Panier Libre" en toebehoren tot een maximum van € 1.700/oor, onder aftrek van de vergoeding van de Franse basisverzekering ³	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV

OVERIGE DEKKINGEN 			
Botdensitometrie vergoed door de Franse basisverzekering	100% van de VBVV	150% van de VBVV	300% van de VBVV
Behandeling door osteopaten, chiropractors en podologen	–	€ 25 per behandeling (max. € 75 per jaar)	€ 30 per behandeling (max. € 150 per jaar)
Thermale kuren vergoed door de Franse basisverzekering	100% van de VBVV	100% van de VBVV + vast bedrag € 160 per jaar	100% van de VBVV + vast bedrag € 230 per jaar
Preventieve behandelingen zoals vermeld in het besluit van 08/06/2006	100% van de VBVV	100% van de VBVV	100% van de VBVV
Onvoorziene medische kosten in het buitenland, vergoed door de verplichte Franse ziektekosten dekking	In geval van medische of chirurgische opname 100% van de VBVV	150% van de VBVV	90% van de werkelijke kosten
Alle verleende zorg buiten Medische of Chirurgische Ziekenhuisopname om wordt vergoed onder dezelfde voorwaarden als voor de in Frankrijk verleende zorg.			



We wijzen u erop dat volgens de Europese regelgeving 883/2004 en 987/2009 die van kracht zijn sinds 1 mei 2010, verzekerden uit Nederland geen gebruik kunnen maken van de dekking 'medische zorg in het buitenland'. Wij verwijzen u naar pag.13 voor meer uitleg en voor een passende oplossing.

* In geval van ziekenhuisopname vergoeding van de vaste bijdrage

¹ Zoals vastgelegd in de regelgeving. De gemaakte kosten voor gebitsprothesen worden in het kader van het "panier 100% Santé" door uw dekkingen volledig vergoed, onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de te factureren honoraria die voor deze handelingen voorzien zijn op grond van het ministerieel besluit nr. 2019-21 van 11 januari 2019.

² Zoals vastgelegd in de regelgeving. De glazen en het montuur waarvoor een extra vergoeding geldt ("panier 100% Santé") worden door uw dekkingen volledig vergoed, onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de voor dit soort handelingen vastgestelde verkoopprijs. De glazen en het montuur waarvoor geen extra vergoeding geldt (*offre libre*, vrij aanbod) worden vergoed onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de in het ministerieel besluit nr. 2019-21 van 11 januari 2019 vastgestelde limiet.

In beide gevallen geldt de dekking voor de gemaakte aankoopkosten van een voorziening bestaande uit twee glazen en een montuur per periode van twee jaar vanaf de laatste vervanging van een volledige voorziening en per periode van een jaar voor kinderen jonger dan 16 jaar of in geval van wijziging van het zicht. Een vervroegde vervanging is eveneens mogelijk op grond van artikel L.165-1 van de *Code de la Sécurité sociale*.

³ Zoals vastgelegd in de regelgeving. De gehoorvoorzieningen waarvoor een extra vergoeding geldt ("panier 100% Santé") worden door uw dekkingen volledig vergoed, onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de voor dit soort handelingen vastgestelde verkoopprijs. De gehoorvoorzieningen waarvoor geen extra vergoeding geldt (*offre libre*) worden vergoed onder aftrek van de vergoeding uit het verplichte stelsel en tot aan de in het ministerieel besluit nr. 2019-21 van 11 januari 2019 vastgestelde limiet. In beide gevallen geldt de dekking voor de gemaakte aankoopkosten van een gehoorvoorziening per periode van vier jaar vanaf de levering van de voorziening.

UW ONLINE SERVICE



UW APP EASY CLAIM, IS BESCHIKBAAR IN HET NEDERLANDS!

Met de app Easy Claim kunt u:

- > kunt u uw declaraties voor ziekenhuiszorg indienen;
- > heeft u uw APRIL contactpersonen bij de hand;
- > kunt u de door APRIL aanbevolen zorgprofessionals opzoeken;
- > gebruik maken van consult via internet;
- > als u niet via internet kunt verzenden, zendt uw facturen en uw door uw ziekenfonds CPAM verstrekte vergoedingsafrekening.

NIEUWE FUNCTIE: DE SERVICE: CONSULT VIA INTERNET

Ontdek nu gratis uw nieuwe service, in samenwerking met Teladoc Health, voor een makkelijke toegang tot al uw medische zaken!

1 CONSULT VIA INTERNET

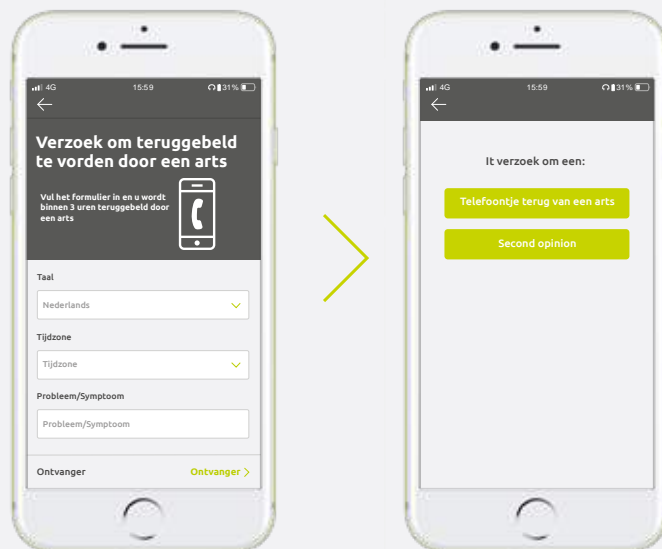
Met deze dienst kunt u op afstand online een arts raadplegen, met waarborging van het medisch geheim. Leg uw vraag voor via de app Easy Claim en een zorgprofessional zal u binnen 3 uur terugbellen, 24 uur per dag, 7 dagen per week, in de taal van uw keuze, waaronder het Nederlands. Handig en makkelijk in het gebruik, waar u zich ook bevindt. U hoeft de deur niet uit om een arts te raadplegen!

2 MEDISCHE SECOND OPINION

Heeft u een diagnose gehad van een eerste arts en wilt u een second opinion krijgen? Is er aan u een behandeling voorgeschreven, en wilt u weten of er alternatieven mogelijk zijn?

Met deze nieuwe service kunt u contact opnemen met één van de 50 000 specialistische artsen die zijn aangesloten bij het Teladoc Health netwerk, om een medische second opinion te krijgen over een diagnose en de voorgestelde behandeling. Een specialist zal uw medisch dossier bestuderen en binnen maximaal 24 uur contact met u opnemen, om aan u advies te geven omtrent uw situatie.

Meer weten? Ga naar de App Store of naar Google Play, en download de Easy Claim app.



OVER TELADOCH HEALTH:

Teladoc Health, Inc., is een organisatie met één missie: het transformeren van de manier waarop patiënten toegang hebben tot gezondheidszorg over de hele wereld, met een accent op kwaliteitsverbetering en kostenverlaging. De zorgoplossingen, die regelmatig prijzen winnen, omvatten de toegang tot online medische gegevens, het raadplegen van specialistische artsen, kunstmatige intelligentie en gegevensanalyse, evenals de toegang tot een licentiebaar zorgplatform. Met meer dan 2000 medewerkers levert de organisatie gezondheidsdiensten in 130 landen in meer dan 30 talen, in samenwerking met bedrijven, ziekenhuizen, zorginstellingen en verzekeraars om de toegang tot gezondheidszorg te transformeren. ●

VOORBEELDEN van vergoedingen in Frankrijk



U hebt al twee dagen buik- en hoofdpijn en besluit naar een bij een DPTAM aangesloten huisarts te gaan.
Het honorarium van de arts die u raadpleegt, bedraagt € 45.

> Hoe krijgt u dit bedrag vergoed?

Het Franse ziekenfonds gaat uit van een vast tarief voor het uit te betalen bedrag.

Dit tarief is de basis voor vergoeding en is vastgesteld op € 25.

Het Franse ziekenfonds vergoedt 70% van dit basisbedrag en vraagt een vaste eigen bijdrage van € 1.

De vergoeding bedraagt dus € 16,50.

Met de Integrale formule krijgt u, afhankelijk van de gekozen dekking en opties, de volgende vergoeding:



VERGOEDING FRANSE ZIEKENFONDS
(CPAM)



VERGOEDING
APRIL



VOOR UW
REKENING

Uw vergoeding met OPTIE 300

€ 16,50

t.w. (€ 25 x 70%) - vaste eigen bijdrage

€ 27,50

(300% x € 25) - 17,50 = € 57,5, beperkt tot de werkelijke kosten

€ 1

TOTAAL
€ 45

Uw vergoeding met OPTIE 150

€ 16,50

t.w. (€ 25 x 70%) - vaste eigen bijdrage

€ 20

t.w. (150% x € 25) - € 17,50

€ 8,50

TOTAAL
€ 45

Uw vergoeding met OPTIE 100

€ 16,50

t.w. (€ 25 x 70%) - vaste eigen bijdrage

€ 7,50

t.w. (100% x € 25) - € 17,50

€ 21

TOTAAL
€ 45

U BENT GEPENSIONEERD NEDERLANDER IN FRANKRIJK MET EEN NEDERLANDS PENSIOEN, OF U BENT UITGEZONDEN NAAR FRANKRIJK DOOR EEN IN NEDERLAND GEVESTIGD BEDRIJF. HOE BENT U GEDEKT TIJDENS UW REIZEN BUITEN FRANKRIJK?

INTERNATIONALE DEKKING

In uw geval wordt sinds het van kracht worden per 1 mei 2010 van de Europese regelgeving 883/2004 en 987/2009 de zorg die u buiten Frankrijk krijgt niet vergoed door de Franse zorgverzekering. Daarom is het basiscontract van NedsExpat, dat alleen geldig is ter aanvulling van een Franse basisverzekering, niet geldig tijdens uw reizen buiten Frankrijk.

WILT U UW DEKKING AANVULLEN MET EEN SPECIALE OPTIE VOOR ALS U IN HET BUITENLAND BENT? WIJ BIEDEN TWEE MOGELIJKHEDEN

1

KORTLOPENDE VERZEKERING VOOR REIZEN TOT 31 DAGEN

DEKKINGEN

HULP BIJ REPATRIËRING

Transport / Repatriëring

Terugkeer gezinsleden

Aanwezigheid ziekenhuisopname

Verlenging verblijf

Begeleiding van kinderen

Medische kosten

Repatriëring stoffelijk overschot

Kosten van uitvaart

VOORTIJDIGE TERUGKEER

S.O.S. KOSTEN

Voorschieten strafrechtelijke borgsom

Advocatenhonoraria

Kosten opsporings- en reddingsacties bergen en zee

Voorschieten van financiële middelen bij diefstal, verlies of vernietiging van documenten

Opsturen van medicijnen

2

DOORLOPENDE VERZEKERING OP JAARBASIS (TOT 45 DAGEN PER REIS)

DEKKINGEN

HULP IN GEVAL VAN ZIEKTE OF VERWONDING TIJDENS EEN REIS

Transport / Repatriëring

Aanwezigheid ziekenhuisopname

Voortijdige terugkeer bij ziekenhuisopname familielid

Vergoeding van medische kosten in het buitenland en voorschieten van kosten van ziekenhuisopname in het buitenland

BIJSTAND BIJ OVERLIJDEN

Vervoer stoffelijk overschot naar de plaats van uitvaart

Kosten van een grafkist of een urn

Voortijdige terugkeer bij overlijden van een familielid

S.O.S. KOSTEN

PREMIES INCL. BTW PER VERZEKERDE

Neem contact op met uw verzekeringsadviseur, Assurances Secara 3000, voor een offerte.

Opmerkingen:

- > Deze verzekering moet uiterlijk de avond voor uw eerste vertrek afgesloten worden.
- > Bepaalde landen kunnen uitgesloten zijn, op grond van gebeurtenissen die er plaatsvinden.

HOE WERKT HET CONTRACT

PRAKTISCHE INFORMATIE ALVORENS EEN VERZEKERING AF TE SLUITEN

VOOR WIE IS HET CONTRACT BEDOELD?

Elke in Frankrijk wonende persoon met de Nederlandse nationaliteit kan de verzekering afsluiten met een Franse verplichte verzekering.

IN WELKE LANDEN BEN IK VERZEKERD?

De dekkingen gelden in Frankrijk op jaarbasis. De dekking geldt ook bij een tijdelijk verblijf van maximaal 90 dagen in uw land van nationaliteit en wereldwijd.

Afhankelijk van de gebeurtenissen die zich daar kunnen voordoen is de dekking voor sommige landen onderworpen aan voorafgaande toestemming van APRIL International.

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

VANAF WANNEER BEN IK GEDEKT?

De dekking gaat op zijn vroegst in op de 16^e van de maand of de 1^e dag van de maand volgend op ontvangst van uw dossier (Verzekeringsaanvraag, betaling van de premie en de eventueel gevraagde aanvullende documenten).

TOT WANNEER BEN IK VERZEKERD?

De dekking vervalt automatisch:

- > bij verzuim de premie te betalen,
- > indien u niet langer in Frankrijk woonachtig bent, tegen overlegging van een officieel document waaruit dit blijkt.

De verzekering wordt aangegaan voor een minimumtermijn van een jaar (tenzij anders bepaald) en kan op elke jaarlijkse vervaldatum worden opgezegd met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden. Indien de verzekering niet wordt opgezegd wordt deze automatisch verlengd.

HOE KAN IK EEN VERZEKERING AFSLUITEN?

- 1 Vul de bijgevoegde verzekeringsaanvraag in en onderteken deze.
- 2 Voeg bij de Verzekeringsaanvraag en het Gezondheidsprofiel de betaling van de 1^e premie:
 - vul de SEPA afschrijvingsmachtiging in als u uw volgende premies per automatische overschrijving wilt betalen van een bankrekening in euro's (en gehouden in een land van de SEPA-zone) en sluit een bankidentiteitsformulier (RIB) bij **of**
 - geef uw creditcardgegevens op in uw verzekeringsaanvraag.
- 3 Stuur alle documenten naar: Assurances SECARA 3000 - 5-7 place Saint Clément - 38480 Pont de Beauvoisin - FRANCE

DEFINITIES

- > **Basis voor vergoeding van het Franse ziekenfonds (VBVV):** verplichte basis voor vergoeding door het Franse ziekenfonds voor ingrepen verricht c.q. recepten uitgeschreven door zorgverleners. Deze vergoeding varieert afhankelijk van de sector waar de zorgverlener of het ziekenhuis onder valt. Bij geneesmiddelen waarvoor een generieke variant beschikbaar is, wordt de basis voor vergoeding berekend aan de hand van een vast referentietarief dat overeenkomt met de prijs van een generiek geneesmiddel.
- > **DPTAM:** DPTAM is een algemene omschrijving van de verschillende mechanismen gericht op het beheer-sen van honorariumoverschrijvingen door erkende zorgverleners. Hierbij moet vooral gedacht worden aan artsen die aangesloten zijn bij het Contract betreffende toegang tot de zorg (Contrat d'Accès aux Soins - CAS) of die gekozen hebben voor de Optie beheerst tariefbeleid (OPTAM/OPTAM-CO).
- > **Eigen risico:** bedrag dat bij de uitbetaling van een gedekte schade voor uw rekening blijft.

- > **Vast dagbedrag:** komt overeen met het aandeel van de patiënt in de aan zijn ziekenhuisopname verbonden kosten, dat niet door het Franse zieken-fonds wordt vergoed.
- > **Verplichte verzekering:** het Franse sociale verzekeringsstelsel (ziekenfonds) waarbij u bent aangesloten.
- > **Voorafgaande toestemming:** voor bepaalde medische verrichtingen of behandelingen is voorafgaande toestemming van onze Verzekeringsarts nodig. U dient dus de arts die de verrichtingen heeft voorgeschreven een formulier met een gedetailleerde kostenberekening te laten invullen, voordat de verrichtingen aanvangen.
- > **Wachttijd:** tijdvak gedurende welk de dekking nog niet van kracht is. Dit tijdvak begint op de aanvangsdatum die op het bewijs van verzekering is vermeld.
- > **Werkelijke kosten:** het totaal van de ziektekosten die aan u in rekening worden gebracht.
- > **Ziekenhuisopname:** verblijf in een (openbaar of particulier) ziekenhuis naar aanleiding van een ongeval of ziekte.

DIENSTVERLENING

VOOR UW DAGELIJKS GEMAK!



UW PERSOONLIJKE ACCOUNT OP INTERNET

HANDIG EN SNEL UW VERZEKERINGSZAKEN AFHANDELEN

Met enkele klikken hebt u via uw **computer**, **tablet** of **smartphone** toegang tot :

- > alle documenten en contactgegevens die u nodig kunt hebben
- > uw bankgegevens en persoonlijke informatie
- > indien u de verzekerde bent, uw vergoedingsoverzichten
- > indien u de verzekeringnemer bent, de details van uw premiebetalingen



TIERS-PAYANT-PAS

Als u verzekerd bent in aanvulling op uw Franse zorgverzekering, krijgt u een derdebetalende kaart die geldig is bij meer dan 156.000 aangesloten zorgverleners.

Met de tiers-payant-pas hoeft u bepaalde kosten die door het NedsExpat-contract worden gedekt niet vooruit te betalen (met name kosten voor analyses, apotheek of röntgenfoto's).

Als u verzekerd bent ter aanvulling op het Franse ziekenfonds stuurt uw CPAM ons in digitale vorm rechtstreeks uw vergoedingsoverzichten



SPECIALE AANBIEDINGEN

Met uw zorgverzekeringscontract krijgt u exclusieve kortingen bij de bij ons aangesloten opticiens: Krys, Lynx Optique en Vision Plus bieden kortingen van 10% tot 25% op uw brillmonturen en brillenglazen!



KLANTENSERVICE

Als u verzekering is ingegaan staat onze klantenservice tot uw beschikking.

U kunt:

- > het dekkningsniveau op ieder gewenst moment aan uw behoeften aanpassen,
- > een rechthebbende toevoegen,
- > nieuwe opties toevoegen,
- > een nieuw adres of nieuwe bankgegevens doorgeven,
- > eventuele andere wijzigingen in de dekking laten aanbrengen.

Ons team is bereikbaar op: Tel: +33 (0)1 56 98 30 87
E-mail: neds.expat@april-international.com



RECHTSREEKSE BETALING VAN DE ZIEKENHUISKOSTEN

Als u verzekerd bent vanaf de 1^e euro en u wordt opgenomen in het ziekenhuis, kunnen uw ziekenhuiskosten rechtstreeks vergoed worden: wij nemen rechtstreeks contact op met het ziekenhuis en betalen uw factuur om te voorkomen dat u de kosten moet voorschieten, onder voorbehoud van medische goedkeuring.

Een tweetalige beheerder Frans/Nederlands staat klaar voor uw telefonische vragen over uw vergoedingen, uw dekkningsniveau of de te vervullen medische formaliteiten.

APRIL, GEMAKKELIJKER VERZEKERD

INTERNATIONALE
AANWEZIGHEID
IN 28 LANDEN

APRIL is een internationale groep die verzekeringsdiensten aanbiedt. Zij is opgericht in 1988 en gevestigd in 28 landen. APRIL heeft als doel om verzekeren voor haar klanten makkelijker en toegankelijker te maken.

Haar 3900 medewerkers ontwerpen, verstrekken en beheren gespecialiseerde verzekeringsoplossingen (gezondheid-welzijn, schade, en mobiliteit) en leveren diensten aan haar zakelijke en particuliere klanten, beroepsuitoefenaars en bedrijfsleven.

De Groep staat genoteerd aan de beurs Euronext Paris (Compartiment B), en was in 2018 goed voor een omzet van 997,2 miljoen Euro.

VOOR ELKE EXPAT-SITUATIE IS ER WEL EEN INTERNATIONALE VERZEKERINGSOPLOSSING

Of u nu student bent, stage loopt, een werkvakantie zoekt, werknemer bent of gepensioneerd, en alleen of met het gezin vertrekt, APRIL International Care France staat u tijdens uw internationale verblijf ter zijde met een **compleet, modulair pakket verzekeringsoplossingen**, toegesneden op elk expat-profiel en op elk budget.

NedsExpat, EEN EXCLUSIEVE SERVICE VAN ASSURANCES SECARA 3000

Assurances Secara 3000 dekt de risico's van het privé of beroepsleven en en of u biedt ook interessante spaarregelingen. Adviseren staat hoog in het vaandel. De doelstelling is bijzondere aandacht voor de helderheid van contracten en dekkingen om de producten en diensten te adviseren die het beste voldoen aan de behoeften van de verzekerde.

OM CONTACT OP TE NEMEN MET UW VERZEKERINGSADVISEUR:

Assurances Secara 3000

5-7 place Saint Clément - 38480 Pont de Beauvoisin - FRANCE

Tel: +33 (0)4 76 37 05 22 - Fax: +33 (0)4 76 37 33 12

E-mail: contact@secara.fr - Internet: www.secara.fr

april International Care

Hoofdkantoor:

14, rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKRIJK

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

E-mail: info.expats@april-international.com - www.april-international.com

Fransse vennootschap onder de rechtsvorm "Société par actions simplifiée" met een kapitaal van € 200 000

Handelsregister Parijs 309 707 727

Verzekeringstussenpersoon - ORIAS - Registratienummer 07 008 000 (www.orias.fr)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANKRIJK.

Product in beheer bij APRIL International Care France en verzekerd door Axéria Prévoyance.



april
international

Insurance made easy.