

P R É V O Y A N C E

*Prévoyance*



# APRIL Prévoyance Salariés

La couverture complémentaire en prévoyance  
adaptée aux besoins des salariés

Vos Garanties - 2007

- Des garanties en cas de décès et arrêt de travail
- Possibilité d'opter pour une version accident seul (réduction du tarif de 40 %)
- Des Franchises adaptées en cas d'arrêt de travail
- Indemnisation du mi-temps thérapeutique

april  
ASSURANCES

# APRIL Prévoyance Salariés

Le couverture complémentaire en prévoyance  
adaptée aux besoins des salariés

## Un contrat qui garantit le maintien de vos revenus en cas d'arrêt de travail, et la sérénité de vos proches si vous veniez à disparaître

### Pourquoi souscrire un contrat de prévoyance

- Savez-vous qu'en cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou un accident, la Sécurité sociale ne vous verse, dans la plupart des cas, que **50 % de vos revenus**, soit 43,15 € par jour maximum ?
- Par ailleurs, **en cas de décès**, la Sécurité sociale versera à votre famille un capital décès égal à **90 fois votre salaire journalier brut de base\***, ce qui est bien peu lorsqu'on sait que les frais d'obsèques s'élèvent déjà à **3 800 € en moyenne !**
- Enfin, votre employeur n'est pas tenu de vous garantir une **couverture complémentaire** en prévoyance sauf en cas de décès, si vous avez le statut de cadre. Vous n'êtes donc pas systématiquement couvert par un contrat groupe.
- **Compenser la perte de revenu qu'occasionnerait un arrêt de travail,**
- **Permettre à vos proches de s'organiser financièrement s'il vous arrivait quelque chose,**
- **Pallier à l'absence de contrat groupe ou le compléter...**

➔ **Autant de raisons pour lesquelles nous vous recommandons de souscrire APRIL Prévoyance Salariés.**

(\*minimum 310,68 € et maximum 7767 € pour 2006.)

### Ce qu'APRIL Prévoyance Salariés vous garantit

- **En cas de décès**, vos proches bénéficieront d'un capital (jusqu'à 100 000 €) ou d'une rente, conformément à ce que vous avez choisi lors de l'adhésion.
- **En cas d'arrêt de travail**, vous pouvez percevoir des indemnités journalières de 10 € à 80 € (par tranche de 10 €). Vous définissez librement ce montant lors de votre adhésion, en fonction de vos revenus. APRIL Assurances interviendra dans la limite de vos revenus et sous déduction des versements du Régime Obligatoire.

Vos indemnités journalières vous seront versées après une période appelée franchise, déterminée par la cause de votre arrêt de travail (accident, maladie ou hospitalisation) et la nature des garanties que vous avez choisies.

APRIL Prévoyance Salariés s'adapte réellement à vos besoins et vous propose 2 franchises au choix :

- 90 jours toutes causes,
- 120 jours toutes causes.

**Rappel :** En effet, en cas d'arrêt de travail, si vous avez plus de 3 ans d'ancienneté dans votre entreprise, vous serez indemnisé dans un premier temps par la Sécurité sociale **et** par votre employeur (loi de Mensualisation).

APRIL Assurances vous fait ainsi payer le prix le plus juste pour la couverture la mieux adaptée à vos besoins et prend le relais de votre employeur quand celui-ci n'est plus tenu de garantir vos Revenus.



- **Vous avez la possibilité de choisir la version "toutes causes", qui vous couvre en cas de maladie et d'accident, ou la version "accident seul", qui vous couvre en cas d'accident, et qui vous permet de bénéficier d'une réduction de tarif de 40 %.**

### Ce qu'APRIL Prévoyance Salariés vous offre en plus...

- Suite à un arrêt de travail, vous êtes amené à reprendre votre activité dans le cadre d'un **mi-temps thérapeutique** : APRIL Protection Salariés poursuit alors votre indemnisation à hauteur de 25 % de l'indemnité souscrite (sous certaines conditions).
- **La simplicité au quotidien** avec :
  - une prise en charge de vos demandes dans les 24 heures,
  - des garanties d'assistance performantes (accessibles 24h sur 24h sur simple appel),
  - des services en ligne gratuits sur **www.april.fr** (pour signaler un changement d'adresse, modifier la périodicité de paiement de vos cotisations, télécharger certains documents...).



**Et ce n'est pas tout :** Bénéficiez de notre offre de lancement, votre premier mois de cotisation vous est offert si vous souscrivez avant le 31/12/07.

Le couverture complémentaire en prévoyance  
adaptée aux besoins des salariés

## Préambule

APRIL Prévoyance salariés s'adresse aux salariés en Contrat à Durée Indéterminée.

L'adhésion est possible jusqu'à 59 ans.

Vous choisissez le type de risque pour lequel vous souhaitez être couvert :

- **toutes causes (accident et maladie)**
- OU
- **accident seul**

## Garantie Décès

	Niv. 1	Niv. 2	Niv. 3	Niv. 4	Niv. 5	Niv. 6	Niv. 7	Niv. 8	Niv. 9	Niv. 10
<b>Capital décès</b>	10 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €	70 000 €	80 000 €	90 000 €	100 000 €
<b>Rente éducation (annuelle)</b>	1 000 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €	5 000 €	6 000 €	7 000 €	8 000 €	9 000 €	10 000 €
<b>Rente familiale (annuelle)</b>	500 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	2 500 €	3 000 €	3 500 €	4 000 €	4 500 €	5 000 €

- **Une garantie au moins est obligatoire.**

• Les garanties décès peuvent être souscrites seules ou être complétées par des garanties en cas d'arrêt de travail proposées en option.

## Options

### Doublement Accident

En cas de décès suite à un Accident, vous pouvez choisir de doubler le capital Décès versé à vos bénéficiaires (pour la version toutes causes).

### Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité

Pour l'Incapacité 2 franchises au choix : 90/90/90, 120/120/120.

	Niv. 1	Niv. 2	Niv. 3	Niv. 4	Niv. 5	Niv. 6	Niv. 7	Niv. 8
<b>Incapacité (journalier)</b>	10 € maximum	20 € maximum	30 € maximum	40 € maximum	50 € maximum	60 € maximum	70 € maximum	80 € maximum
<----- par tranche de 10 € ----->								

	Niv. 1	Niv. 2	Niv. 3	Niv. 4	Niv. 5	Niv. 6	Niv. 7	Niv. 8
<b>invalidité (mensuel)</b>	300 € maximum	600 € maximum	900 € maximum	1 200 € maximum	1 500 € maximum	1 800 € maximum	2 100 € maximum	2 400 € maximum
<----- rente = 30 x IJ au maximum ----->								

## Règles de souscription

- Les garanties Incapacité et Invalidité doivent être souscrites conjointement.
  - Le niveau souscrit en Incapacité / Invalidité doit être inférieur ou égal au niveau souscrit pour la garantie décès, quelle que soit la garantie choisie.
  - Le niveau souscrit en Invalidité doit être inférieur ou égal à celui souscrit en Incapacité.
- ex : Si vous choisissez un niveau 6 en décès, vous ne pouvez souscrire un niveau supérieur à 6 en incapacité/invalidité.

# APRIL Prévoyance Salariés

## Cotisations mensuelles TTC en euros pour l'année 2007

### ■ Votre catégorie professionnelle

<b>C1</b>	Salariés sans travail manuel autre que la manutention légère et /ou avec peu de déplacements (moins de 15 000 kms/an).	<b>Exclusion des professions suivantes :</b> travaux forestiers, convoyeur de fonds, ouvrage d'art et de grande hauteur du BTP (+ de 15 mètres), travail de la mine ou souterrains ou galeries, guide de haute montagne, moniteur de ski, marin-pêcheur, surveillance armée, maintien de l'ordre, pompier professionnel, sportif professionnel (y compris les sports avec usage d'un véhicule à moteur), artificier, usage d'explosifs, artiste de cinéma ou de télévision, intermittent du spectacle, professionnel du cirque, intérimaire, CDD, bénévole, saisonnier.
<b>C2</b>	Salariés avec travail manuel et/ou avec déplacements	

### ■ Comment calculer votre cotisation

Pour le calcul de votre première cotisation, votre âge est celui que vous aurez au 31 décembre de l'année d'adhésion.

*Exemple : Vous soucrivez le 01/01/07, vous êtes né le 23 mars 1967.*

*L'âge à prendre en considération est de : 40 ans.*

**■ Votre cotisation s'obtient en multipliant la cotisation correspondant au niveau 1 par le niveau de garantie choisi (de 1 à 10 pour les garanties décès, de 1 à 8 pour les garanties arrêt de travail).**



*Exemple : Vous avez souscrit un niveau 3 de capital décès, vous appartenez à la catégorie professionnelle C1 et vous avez 37 ans, votre tarif s'élève à 3,30 € sans l'option doublement accident.*

## Garantie de base



**Tous les tarifs ci-dessous correspondent à un niveau 1 pour la version "toutes causes". Si vous optez pour la version "accident seul", votre cotisation sera minorée de 40 %.**

Les garanties ci-dessous comportent 10 niveaux (niveau 1 à 10).

### ■ Capital Décès et option doublement accident (tarifs mensuels pour 10 000 € de capital)

Catégorie	≤ 35 ans	36 - 40 ans	41 - 45 ans	46 - 50 ans	51 - 55 ans	56 - 60 ans	Doublement accident
<b>C1</b>	0,85	1,10	1,73	2,48	4,03	6,65	0,54
<b>C2</b>	1,63	2,08	3,23	4,74	8,50	13,91	0,93

### ■ Rente éducation (tarifs mensuels pour 1 000 € de rente annuelle/enfant)

Catégorie	≤ 35 ans	36 - 40 ans	41 - 45 ans	46 - 50 ans	51 - 55 ans	56 - 60 ans
<b>C1</b>	2,05	2,51	2,96	4,16	6,83	10,54
<b>C2</b>	3,59	4,40	5,14	7,26	11,91	18,27

### ■ Rente Familiale (tarifs mensuels pour 500 € de rente annuelle)

Catégorie	≤ 35 ans	36 - 40 ans	41 - 45 ans	46 - 50 ans	51 - 55 ans	56 - 60 ans
<b>C1</b>	1,24	1,52	2,27	3,03	4,58	6,89
<b>C2</b>	2,36	2,88	4,22	5,80	9,65	14,42

# Options



Les tarifs ci-dessous correspondent à un niveau 1 pour la version "toutes causes".  
Si vous optez pour la version "accident seul", votre cotisation sera minorée de 40 %.

## Garantie Incapacité Invalidité (tarifs mensuels) les garanties ci-dessous comportent 8 niveaux

Franchise	Catégorie	≤ 35 ans	36 - 40 ans	41-45 ans	46 - 50 ans	51 - 55 ans	56 - 60 ans
90/90/90	C1	2,50	3,03	3,56	4,49	5,84	7,21
	C2	4,95	6,01	7,63	9,24	11,53	14,22
120/120/120	C1	2,28	2,76	3,25	4,10	5,33	6,59
	C2	4,52	5,48	6,95	8,43	10,52	13,00
Rente d'Invalidité	C1	1,84	2,31	2,74	3,46	4,36	5,13
	C2	3,64	4,57	5,87	7,11	8,60	10,13

## Calculez votre cotisation mensuelle

Garanties	Niveau de garanties	Cotisation pour un niveau 1	Montant de votre cotisation
<b>Garanties de base</b>			
Capital décès			€ / mois
Rente éducation > Nombre d'enfants : .....			€ / mois
Rente familiale			€ / mois
<b>Options</b>			
Doublement accident	-	-	€ / mois
Incapacité > Franchise : .....			€ / mois
Invalidité			€ / mois
<b>TOTAL (1)</b>			<b>€ / mois</b>

(1) Hors frais accessoires (droit d'entrée, frais d'échéance).

## Formalités médicales

CAPITAL EN EUROS *	AGE A LA SOUSCRIPTION	
	Jusqu'à 54 ans	De 55 à 59 ans
Moins de 50 000 €	Questionnaire de Santé	Questionnaire de Santé
De 50 001 à 135 000 €		+ Rapport Médical
De 135 001 à 170 000 €	+ Rapport Médical	+ Profil sanguin + Analyse d'urines
De 170 001 à 450 000 €	+ Profil sanguin + Bilan viral + Analyse d'urines	+ Bilan viral
De 450 001 à 1 000 000 €	+ Rapport Cardio-vasculaire**	+ Rapport Cardio-vasculaire**
		+ P.S.A. pour les hommes
A partir de 1 000 001 €	Questionnaire Financier Confidentiel, quel que soit l'âge du proposant.	

\* Capital à prendre en considération : capital décès du contrat en cours hors option doublement accident + capitaux des autres contrats de prévoyance souscrits auprès d'APRIL Assurances, à l'exception des contrats Assurance de prêt.

\*\* y compris tracés ECG (12 dérivations).

**Profil Sanguin** : Numération Formule Sanguine, vitesse de sédimentation, numération plaquettaire, glycémie, créatinine, urée, acide urique, phosphatases alcalines, triglycérides, cholestérol total et HDL, transaminases SGOT et SGPT et gammas GT.

**Analyse d'urines** : Examen cytot bactériologique des urines et chimie des urines.

**Bilan viral** : Ag HBs, Sérologie HCV, Sérologies HIV 1 et 2.

**P.S.A.** : Prostatic Specific Antigen, à demander pour les hommes.



Si la garantie Rente Education et/ou familiale sont souscrites, le capital complémentaire pris en compte dans la sélection est :  
 - 8 fois le montant annuel de la rente éducation par enfant (niveau d'un enfant de moins de 11 ans)  
 - 15 fois le montant annuel de la rente familiale.

## Parcours médical simplifié

Pour effectuer rapidement et sereinement vos formalités médicales nécessaires à la souscription de nos contrats, APRIL Assurances vous conseille de contacter nos 2 partenaires, ARM et CBSA, sélectionnés pour leur sérieux et leur professionnalisme.

Vous disposez ainsi de centres médicaux vous permettant de réaliser, en une seule fois au même endroit, toutes les formalités médicales demandées.

- Le rendez-vous est fixé sous 48 heures,
- Vous bénéficiez du tiers-payant et ne faites pas l'avance des frais\*,
- Le résultat des analyses est télé-transmis sous 24 heures au médecin-conseil d'APRIL Assurances pour une analyse du dossier plus rapide et un meilleur respect du secret médical.

\*Les frais resteront à la charge de l'assuré si les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Assurances ou si l'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion.

**ARM (Analyse Risque Médical)** est présent dans plus de 185 villes en France métropole et dans les DOM. Les centres ARM sont présents dans tous les départements, vous aurez forcément un centre proche de chez vous.

Pour prendre rendez-vous :  **0 810 203 285** (Coût appel local)  
du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h30 à 12h30.

**CBSA (Centre de Bilans de Santé et d'Assurances)** est présent dans 15 grandes villes de France (Paris 16<sup>e</sup>, Lyon 6<sup>e</sup>, Marseille 6<sup>e</sup>, Toulouse, Le Havre, Pau, Reims, Grenoble-Meylan, Strasbourg, Lille, Bordeaux...).

Pour prendre rendez-vous : **0 825 00 4000** (0,15 € TTC/min)  
du lundi au vendredi de 8h à 20h30 et le samedi de 8h à 12h30.

# APRIL Assurances vous propose de compléter votre contrat APRIL Prévoyance Salariés...

## ( Balinéa Santé 2007 )

Une complémentaire Santé adaptée à vos besoins et à vos attentes, quel que soit votre âge ou votre composition familiale :

- 8 niveaux de garanties,
- pas de questionnaire médical,
- des remboursements en 24 heures,
- le Tiers Payant étendu au plus gros réseau de partenaires.

De plus, vous avez la possibilité d'augmenter vos remboursements optiques et dentaires (Renfort Optique Dentaire), mais aussi la possibilité de souscrire le forfait Médecines Naturelles, qui vous offre un bilan nutritionnel et allergique par an et par personne.



Balinéa Santé vous rembourse vos cotisations en cas de perte d'emploi...

## ( Garantie Familiale Accident )

Une garantie forfaitaire pour couvrir **l'ensemble de la cellule familiale dans le cadre de la Vie Privée** dans les cas suivants :

- les accidents domestiques (chute, brûlure...) ou occasionnés lors de la pratique d'un sport (hors sport dangereux), d'un loisir,
- les accidents médicaux (ex : paralysie après une intervention bénigne...),
- les agressions ou attentats,
- les catastrophes naturelles (inondation, tempête...),
- les accidents de la circulation (que vous soyez conducteur, passager, piéton).



Vous pouvez être couvert même si vous pratiquez un sport "dangereux" comme le parachutisme, l'ULM...

( Pour en savoir plus, parlez-en à votre assureur-conseil. )

**APRIL Services vous simplifie la vie et vous accompagne pendant la durée de votre contrat : comment nous contacter ?**

- Par téléphone : **0897 46 9000** (n° réservé aux assurés)
- Par Internet : **www.april.fr**
- Par messagerie vocale : **VOCAPRIL 0892 68 55 88** (0,34 € TTC/min)
- Par courrier : **APRIL Assurances, Direction Prévoyance, 27 rue Maurice Flandin BP 3343, 69403 Lyon Cedex 03.**



# APRIL Assurances à vos côtés

APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances simples et innovantes, les gère dans un souci permanent de réactivité et de qualité et les distribue par l'intermédiaire d'un réseau d'assureurs-conseils indépendants. Certifiée ISO 9001 version 2000 pour ses activités de conception et gestion de contrats d'assurance de personnes, APRIL Assurances place la satisfaction clients au coeur de ses engagements.



## Un large éventail de solutions

Très diversifiées, elles permettent à APRIL Assurances de répondre aux attentes du plus grand nombre d'assurés : famille, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants.

### Prévoyance

Solutions d'assurances santé et prévoyance individuelles.

Tél. 0 891 46 9000

0,23 € TTC/min

### Habitat

Solutions d'assurances de prêt.

Tél. 0 891 46 6000

0,23 € TTC/min

### Entreprise

Solutions d'assurances santé et prévoyance pour l'entreprise, protection du dirigeant.

Tél. 04 72 36 75 35

## Notre engagement, Votre satisfaction

- Une prise en charge immédiate des dossiers pour une gestion en 24 heures,
- **95 % de nos assurés se déclarent satisfaits d'APRIL Assurances\***,
- **98 % des assureurs-conseils se déclarent satisfaits de leur partenariat avec APRIL Assurances (dont 54 % de très satisfaits)\*.**



En 2005 APRIL Assurances entre dans le Palmarès des "25 entreprises où il fait bon travailler en France."

## Principaux repères

- Création d'APRIL Assurances en 1988,
- **1 million d'assurés** à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- 560 collaborateurs,
- 13 000 assureurs-conseils indépendants.

Votre Assureur-Conseil



**Siège social,**  
27 rue Maurice Flandin - BP 3261  
69403 Lyon cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet <http://www.april.fr>



APRIL ASSURANCES EST UNE SOCIÉTÉ D'APRIL COURTAGE

P R É V O Y A N C E

*Prévoyance*



# APRIL Prévoyance Salariés

La couverture complémentaire en prévoyance  
adaptée aux besoins des salariés

Demande d'Adhésion - 2007

- Des garanties en cas de décès et arrêt de travail
- Possibilité d'opter pour une version accident seul (réduction du tarif de 40 %)
- Des Franchises adaptées en cas d'arrêt de travail
- Indemnisation du mi-temps thérapeutique

april  
ASSURANCES

La couverture complémentaire en prévoyance adaptée aux besoins des salariés

nouvelle adhésion     avenant\*     fax transmis le :       n° adhérent :

\*Merci de préciser sur papier libre la nature de la modification.

n° de l'assureur-conseil :

**MERCI DE COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES**

<p><b>ADHÉRENT(E)</b>    <input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> Mme    <input type="checkbox"/> Mlle</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    Ville : _____</p>	<p><b>Bénéficiaires en cas de décès :</b></p> <p><input type="checkbox"/> mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut mes ascendants, par parts égales, à défaut mes héritiers, par parts égales.</p> <p><input type="checkbox"/> autres (préciser nom, prénoms, date de naissance) : _____</p>
<p><b>ASSURE(E)</b>    <input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> Mme    <input type="checkbox"/> Mlle</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>Nom de jeune fille : _____</p> <p>Né(e) le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    Ville : _____</p> <p>Situation de famille : _____    Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Tél domicile : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Tél bureau : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Tél (autre) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Adresse E-mail : _____</p> <p>Profession exacte de l'Assuré(e) : _____</p> <p>Secteur d'activité : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je déclare sur l'honneur être salarié sous contrat de travail à durée indéterminée</p>	<p><b>Bénéficiaire de la rente familiale :</b></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>Bénéficiaires de la rente éducation :</b></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénoms : _____</p> <p>Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>Revenu professionnel annuel imposable (obligatoire) :</b></p> <p>_____ Euros</p> <p>Année de référence : _____</p>	

- Votre catégorie professionnelle**     C1     C2
- Version choisie (risques couverts)**     Toutes causes     Accident seul

**• Votre mode de paiement**

Périodicité	Prélèvement automatique (1)	Chèque (1)
Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/an	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/an
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/sem
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/trim	impossible
Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/mois	impossible

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois  .

(1) Mettre une croix dans l'option choisie.

**Autorisation de prélèvement**

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662  
27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 LYON CEDEX 03

<p><b>A compléter obligatoirement</b></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    Signature : _____</p> <p>Ville : _____</p> <p>Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>Le débiteur</b></p>
---	---------------------------

<p><b>Codes</b></p> <p>Etablissement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Guichet : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>N° de compte : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Clé RIB : <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>Le compte à débiter</b></p> <p>L'Etablissement teneur du compte à débiter</p> <p>Nom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>    Ville : _____</p>
---	---

**( Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos) )**

## Vos garanties

Garanties de base	Niveau de garantie choisi	Montant de la cotisation niveau 1	Calcul de votre cotisation
<input type="checkbox"/> Capital décès / IAD (DC)			..... €
<input type="checkbox"/> Rente éducation (RS)			..... €
<input type="checkbox"/> Rente familiale (R1)			..... €
<b>TOTAL (A)</b>			..... €
Options	Niveau de garantie choisi	Montant de la cotisation niveau 1	Calcul de votre cotisation
<input type="checkbox"/> Doublement accident (DA)	-	-	..... €
<input type="checkbox"/> Incapacité/Invalidité • Franchise • Incapacité • Invalidité	<input type="checkbox"/> 90/90/90 (IJ) <input type="checkbox"/> 120/120/120 (IJ)		
			..... €
			..... €
Total Incapacité/Invalidité	-		..... €
<b>TOTAL (B)</b>			..... €

Ma cotisation mensuelle de base (A) + (B)		=	..... €
Si vous avez opté pour la version "accident seul"	- 40 %	=	..... €
Frais d'échéance			+ 2,50 € par échéance
Droit d'adhésion (1)			+ 20 €
<b>Je verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte de 45 € minimum à l'ordre d'APRIL Assurances (2)</b>		=	..... €

(1) Montant qui n'est pas du si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances. (2) Cet acompte n'est pas dû si vous avez fait l'objet d'un démarchage à domicile.

**Date d'effet souhaitée :**       (sous réserve d'acceptation du dossier par APRIL Assurances). La date est au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'AXERIA prévoyance et de la Mutuelle MEXEM, pour moi-même.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées PSA 06-10/06, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

Je reconnais être informé que certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement spécifique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - 27 rue Maurice Flandin, BP 3261, 69403 Lyon cedex 03.

APRIL Assurances pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances.

Fait à :

Date :

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

La signature de l'Adhérent

La signature de l'Assuré

La couverture complémentaire en prévoyance adaptée aux besoins des salariés

**Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Assurances.**

**Si vous choisissez de souscrire la version "Accident seul" : répondez aux questions 1 à 6 avec la plus grande exactitude et toutes les précisions utiles pour nous permettre de vous faire une proposition rapide.**

**Si vous choisissez de souscrire la version "Toutes causes" (garantie globale maladie et accident) : répondez aux questions 1 à 13 et A à D.**

- S'il est répondu positivement à l'une des questions 1 à 13, merci de nous fournir le maximum de précisions.

- S'il est répondu positivement à l'une des questions A à D, merci de compléter le questionnaire complémentaire ci-joint.

**Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans le fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances, 27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 Lyon Cedex 03.**

Assuré(e) Nom : .....		Prénom : .....		Taille : ..... cm Poids : ..... kg	
1	Avez-vous été victime d'un accident corporel au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date : <input type="text"/>	Nature : - accident domestique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				- accident du travail : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				- accident de la voie publique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				- accident de voiture : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				- autres : précisez : .....	
			Détail des événements : .....		
			Séquelles éventuelles (douleurs au dos, migraine, prothèse, perte d'un oeil...) : .....		
2	Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ou l'avez-vous été pendant plus de 3 semaines consécutives au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : .....		
			Date de début : <input type="text"/>	Durée : .....	
3	Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pour quelle maladie : .....		
			Nature du traitement : .....		
			Date de début : <input type="text"/>	Date de fin : <input type="text"/>	
4	Pratiquez-vous des sports ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquels, précisez avec ou sans compétition : .....		
			Souhaitez-vous être assuré pour ces sports : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
5	Devez-vous être hospitalisé pour des examens médicaux, une intervention chirurgicale ou un traitement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pour quelle raison : .....		
			Date prévue : <input type="text"/>		
6	Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une infirmité, d'une invalidité (rente accident du travail, pension d'invalidité) ou d'une incapacité permanente ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pour quelle raison : .....		
			Date : <input type="text"/>		
			Localisation ou nom de la maladie : .....		
			% d'incapacité permanente ou d'invalidité : .....		
	Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, précisez la maladie : .....		
7	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :				
	a. Affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	b. Affection cardiaque ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	c. Affection de l'appareil digestif, urinaire, génital ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui :		
	d. Affection neurologique (ex : épilepsie...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Laquelle : .....		
	e. Affection psychique ou psychiatrique (ex : dépression nerveuse, stress, anxiété...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date de début : <input type="text"/>		
			Date de fin : <input type="text"/>		
	f. Affection cancéreuse ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nature du traitement : .....		
	g. Maladie infectieuse ou parasitaire (ex : hépatite, mycose, paludisme...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	h. Diabète ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
8	Souffrez-vous d'une maladie des organes des sens (ex : cécité, glaucome, myopie, surdité...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nature : .....		
			Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite ..... /10 Gauche ..... /10		

\* Si vous avez un doute, joindre la copie de votre dernière ordonnance de votre ophtalmologue.

Au cours des 5 dernières années :

9	Avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé pour opération, examen, traitement ou convalescence ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Raison : .....
		Durée du séjour : ..... Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultats : .....
	Devez-vous le faire au cours des 6 prochains mois ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature : .....
10	Avez-vous subi des examens médicaux (sanguins, urinaires, radiologiques, scanner, IRM, coloscopie, électrocardiogramme...) hors bilan annuel systématique et suivi systématique en période de grossesse ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison et résultats (fournir si possible la copie de l'examen) : .....
11	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Utilisez-vous en tant que pilote ou passager des engins aériens autres que ceux des lignes commerciales régulières ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
13	Dans le cadre de votre activité professionnelle êtes-vous amené à effectuer des déplacements à l'étranger ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Durée du séjour : ..... Pays de destination : .....

Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :

A	- Affection vasculaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
B	- Affection métabolique ? (ex : cholestérol, triglycéride)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
C	- Affection endocrinienne ? (ex : thyroïde)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
D	- Affection rhumatismale, articulaire (ex : lumbago, sciatique, hernie discale) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances.**

**Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances, et L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité.**



Si vous avez répondu **oui** à l'une des **4 dernières questions (A - B - C ou D)**, merci de répondre au **questionnaire complémentaire** confidentiel ci-joint.

Le questionnaire complémentaire personnel m'a bien été remis par mon assureur-conseil.

Fait à  le

La signature de l'assuré précédée de la mention "lu et approuvé"

Questionnaire valable 3 mois à compter de la signature.

## Je joins à mon envoi

- **Ma demande d'adhésion** : remplie, datée et signée,
- **Mon autorisation de prélèvement** : remplie et signée,
- **Mon relevé d'identité bancaire ou postal**,
- **Mon chèque d'acompte** : à l'ordre d'APRIL Assurances.

J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Prévoyance -

BP 3343 - 27 rue Maurice Flandin - 69403 Lyon Cedex 03

# APRIL Assurances à vos côtés

APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances simples et innovantes, les gère dans un souci permanent de réactivité et de qualité et les distribue par l'intermédiaire d'un réseau d'assureurs-conseils indépendants. Certifiée ISO 9001 version 2000 pour ses activités de conception et gestion de contrats d'assurance de personnes, APRIL Assurances place la satisfaction clients au coeur de ses engagements.



## Un large éventail de solutions

Très diversifiées, elles permettent à APRIL Assurances de répondre aux attentes du plus grand nombre d'assurés : famille, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants.

### Prévoyance

Solutions d'assurances santé et prévoyance individuelles.

Tél. 0 891 46 9000

(0,23 € TTC/min)

### Habitat

Solutions d'assurances de prêt.

Tél. 0 891 46 6000

(0,23 € TTC/min)

### Entreprise

Solutions d'assurances santé et prévoyance pour l'entreprise, protection du dirigeant.

Tél. 04 72 36 75 35

## Notre engagement, Votre satisfaction

- Une prise en charge immédiate des dossiers pour une gestion en 24 heures,
- **95 % de nos assurés se déclarent satisfaits d'APRIL Assurances\***,
- **98 % des assureurs-conseils se déclarent satisfaits de leur partenariat avec APRIL Assurances (dont 54 % de très satisfaits)\*.**



En 2005 APRIL Assurances entre dans le Palmarès des "25 entreprises où il fait bon travailler en France."

## Principaux repères

- Création d'APRIL Assurances en 1988,
- **1 million d'assurés** à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- 560 collaborateurs,
- 13 000 assureurs-conseils indépendants.

Votre Assureur-Conseil



Siège social,  
27 rue Maurice Flandin - BP 3261  
69403 Lyon cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet <http://www.april.fr>



APRIL ASSURANCES EST UNE SOCIÉTÉ D'APRIL COURTAGE

La couverture complémentaire en prévoyance  
adaptée aux besoins des salariés

Pour faciliter l'étude de votre dossier, merci de compléter ce document avec la plus grande exactitude, car vos déclarations vous engagent. Nous joindre les documents permettant le suivi de votre pathologie. Ces éléments nous permettront de vous faire une proposition rapide (sans être obligé de revenir vers vous) et la plus adaptée à votre situation. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Assurances.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans le fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances, 27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 Lyon Cedex 03.

Assuré(e) Nom : .....		Prénom : .....		Date de naissance : <input type="text"/>	
<b>S'il s'agit d'une maladie vasculaire, métabolique, endocrinienne :</b>					
- Nom de celle-ci : .....					
- Traitement actuel : .....			Depuis quand : .....		
- Chiffre de la tension artérielle : ..... / .....					
- Combien de fois par an voyez-vous votre médecin pour cette pathologie : .....					
• <b>Pour une hypertension :</b> joindre l'ensemble de vos bilans sanguins, urinaires (sur 2 ans) et compte-rendu d'Electrocardiogramme (ECG) réalisés dans le cadre du suivi de cette pathologie.					
• <b>Pour une perturbation de l'analyse de sang :</b>					
- Augmentation du cholestérol :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- Augmentation des Triglycérides :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- Augmentation de l'acide urique :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- Augmentation de la glycémie (glucose) :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- Augmentation du bilan enzymatique hépatique (gamma GT, transaminases : SGPT, SGOT) :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
<b>Joindre les 3 derniers bilans sanguins et urinaires effectués, ainsi que tout autre élément permettant une bonne expertise de votre dossier.</b>					
• <b>Pour les troubles de la thyroïde, s'agit-il :</b>					
- D'une hyperthyroïdie :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- D'une hypothyroïdie :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- De l'existence d'un goitre :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- De l'existence d'un ou de nodules :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- D'une maladie de Basedow :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- D'une maladie de Hashimoto :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
- Avez-vous été opéré :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
				Date :	<input type="text"/>
- Dosage de la TSH :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
				Résultat :	.....
<b>Joindre le dernier bilan sanguin, compte-rendu d'échographie et, en cas d'opération, compte-rendu opératoire, anatomopathologique et bilan d'extension.</b>					
<b>S'il s'agit d'une affection articulaire :</b>					
- Laquelle (ex : Rhumatisme, hernie, etc...) : .....					
- Localisation (ex : épaule, colonne vertébrale etc...) : .....					
- Traitement actuel : .....					
- Y a-t-il ou y a-t-il eu des séances :					
- de kinésithérapie :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
				Si oui, combien :	.....
- d'ostéopathie :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
				Si oui, combien :	.....
- autres :		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non
				Si oui, précisez :	.....

- Y a-t-il eu intervention :  oui  non Si oui, laquelle, localisation : .....
- Pour les genoux préciser le côté : .....
- Pour la colonne vertébrale préciser les segments touchés :  Cervicale  Dorsale  Lombaire  Sacrée

**Joindre les comptes-rendus radio, IRM, scanner, bilan sanguin effectué dans le cadre du suivi de cette pathologie. Et en cas d'intervention, joindre le compte-rendu opératoire.**

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Fait à  le

La signature de l'assuré précédée de la mention "lu et approuvé"

Questionnaire valable 3 mois à compter de la signature.



**Siège social,**  
27 rue Maurice Flandin - BP 3261  
69403 Lyon cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet <http://www.april.fr>

P R É V O Y A N C E

*Prévoyance*



# APRIL Prévoyance Salariés

La couverture complémentaire en prévoyance  
adaptée aux besoins des salariés

Conditions Générales - 2007

- Des garanties en cas de décès et arrêt de travail
- Possibilité d'opter pour une version accident seul (réduction du tarif de 40 %)
- Des Franchises adaptées en cas d'arrêt de travail
- Indemnisation du mi-temps thérapeutique

april  
ASSURANCES

# Conditions générales

Valant note d'information

(A conserver  
par l'assuré)

Il a été conclu par l'Association des Assurés d'APRIL Assurances (association loi 1901, située BP 3133, 69211 Lyon Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses Adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective, dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale) :

- une convention de groupe à adhésion facultative avec AXERIA prévoyance (Compagnie d'assurance vie au capital de 15 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69487 Lyon Cedex 03 RCS Lyon 350.261.129) pour les garanties liées au décès ou à l'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré.
- une convention de groupe à adhésion facultative avec la mutuelle MEXEM (mutuelle inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 950396911, située 57 boulevard Vivier Merle - immeuble Gemelyon Nord 69003 LYON) pour les garanties arrêt de travail.

La gestion administrative de ces conventions est déléguée à APRIL Assurances.

L'autorité chargée du contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Ces conventions sont régies en fonction des risques souscrits par le code des assurances, le code de la mutualité les présentes conditions générales et les Certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

## 1. Objet

L'adhésion aux présentes conventions garantit aux Assurés, en fonction de la version choisie et des garanties et niveaux souscrits, le règlement de prestations en cas de décès, d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente de l'Assuré, suite à un Accident garanti pour la version "Accident seul" et suite à un Accident ou une Maladie garanti(e) pour la version "toutes causes".

La version choisie ainsi que les montants des garanties et options souscrites sont indiqués au Certificat d'adhésion.

Ces garanties s'exercent dans le monde entier.

## 2. Qui peut être assuré ?

Pour être admissible à l'assurance, tout proposant doit :

- avoir le statut social de salarié au regard du régime général de la Sécurité sociale,
- occuper un emploi salarié à durée indéterminée,
- résider et exercer son activité professionnelle en France continentale,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de son 59<sup>e</sup> anniversaire,
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat.

## 3. Contenu des garanties

**En fonction des garanties souscrites et de la version choisie, il est versé à l'Assuré ou au(x) Bénéficiaire(s) les prestations suivantes :**

### 3.1 - Garantie Décès :

En cas de décès de l'Assuré dû à une Maladie ou à un Accident garanti, il est versé au(x) Bénéficiaire(s), le montant du capital garanti, indiqué au Certificat d'adhésion.

### 3.2 - Garantie Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) :

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré, due à une Maladie ou à un Accident garanti(e), il est versé par anticipation à l'Assuré le montant du capital garanti en cas de Décès.

Pour ouvrir droit à garantie, l'I.A.D. de l'Assuré doit être consolidée avant sa mise à la retraite professionnelle et au plus tard avant son 60<sup>e</sup> anniversaire même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

**Le versement du capital Décès par anticipation en cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré met fin à l'ensemble des garanties souscrites.**

### 3.3 - Option doublement du capital Décès - IAD en cas d'Accident :

Si l'option est souscrite :

- a) En cas de décès de l'Assuré consécutif à un Accident garanti, survenu dans les 12 mois de celui-ci, il est versé au(x) Bénéficiaire(s) un capital supplémentaire du même montant que le capital initial.
- b) En cas d'I.A.D. de l'Assuré consécutif à un Accident garanti, consolidée dans les 12 mois de celui-ci, il est versé à l'Assuré un capital supplémentaire du même montant que le capital initial.

Conformément à l'article 1315 du code civil, il appartient au(x) Bénéficiaire(s) ou à l'Assuré, d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou l'I.A.D.

**Cette option ne peut être souscrite dans le cadre de la version "Accident seul".**

### 3.4 - Garantie Double Effet :

Si simultanément au décès ou après le décès ou l'I.A.D. de l'Assuré, le Conjoint de celui-ci décède avant l'âge de 70 ans, ou est atteint d'une I.A.D. avant l'âge de 60 ans, il est versé aux enfants fiscalement à charge du Conjoint à la date du sinistre, un capital identique à celui versé à l'Assuré ou ses Bénéficiaires suite à son I.A.D. ou son décès, hors doublement en cas d'Accident.

Ce capital est réparti par parts égales entre les enfants bénéficiaires.

### 3.5 - Garantie Rente Familiale :

Si cette garantie est souscrite, en cas de décès de l'Assuré, il est versé au Bénéficiaire désigné au Certificat d'adhésion, une rente annuelle viagère dont le montant figure au Certificat d'adhésion.

### 3.6 - Garantie Rente Education :

Si cette garantie est souscrite, en cas de décès de l'Assuré, il est versé à chaque enfant fiscalement à charge lors du décès et désigné au Certificat d'adhésion, une rente annuelle temporaire dont le montant figure sur le Certificat d'adhésion.

Cette rente est payable jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire de l'enfant, elle peut être prorogée tant que l'enfant poursuit ses études et au plus tard jusqu'à son 26<sup>e</sup> anniversaire.

Le montant de la rente évolue avec l'âge de l'enfant, il est majoré de 20% à partir du 12<sup>e</sup> anniversaire et de 50% à compter du 18<sup>e</sup> anniversaire.

### 3.7 - Garantie Incapacité - Invalidité :

#### 3.7.1 - Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T.) :

**Pour pouvoir bénéficier des prestations dues au titre de ces garanties, l'Assuré doit exercer au moment du sinistre une activité professionnelle non exclue, sans aménagement de temps et/ou de conditions de travail pour raison de santé et être effectivement au travail.**

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail de l'Assuré, il est versé à l'Assuré, à l'expiration du délai de Franchise choisi à l'adhésion, une indemnité journalière dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion

Le montant de l'indemnité journalière souscrit ne doit pas excéder le revenu journalier professionnel net déclaré par l'Assuré à l'administration fiscale l'année précédant l'adhésion ou son renouvellement.

L'Assuré devra justifier des revenus lui ayant servi à la détermination du montant de l'indemnité journalière souscrit et déclaré à APRIL Assurances lors de l'adhésion ou en cours de contrat.

L'arrêt de travail, pour donner droit à une indemnisation, doit entraîner une interruption temporaire, réelle et complète des occupations professionnelles de l'Assuré, et ce dernier doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

L'indemnité est payable par mois échu à partir de la fin de la période de Franchise mentionnée au Certificat d'adhésion pendant la durée de l'arrêt de travail, jusqu'à Consolidation de l'état de santé et au plus tard jusqu'au 1095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.

Si l'état de santé n'est pas consolidé au 1095<sup>e</sup> jour, la rente d'invalidité prend le relais pour un montant identique à celui des indemnités journalières, et ce, jusqu'à la Consolidation.

L'indemnité journalière cesse d'être due :

- soit en cas de reprise totale ou partielle du travail,
- soit lorsque la rente d'invalidité est mise en service,
- soit à la date de préretraite ou d'admission de l'Assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et, au plus tard, à son 60<sup>e</sup> anniversaire.

En cas de rechute dans les deux mois de la reprise de travail, le service des indemnités journalières est repris dès le 1<sup>er</sup> jour du nouvel arrêt de travail, sous réserve que l'adhésion au contrat soit en cours.

**Si à l'issue d'une période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ayant donné lieu à indemnisation, l'Assuré reprend partiellement son activité professionnelle à mi-temps thérapeutique indemnisé par la Sécurité sociale, l'indemnité journalière est réduite à 25%.**

Elle cesse d'être versée au plus tard à l'expiration d'une Durée maximale d'indemnisation de 6 mois à compter de la date de reprise du travail à mi-temps thérapeutique et au plus tôt à la date de reprise totale de travail par l'Assuré ou à la date de préretraite ou d'admission de l'Assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle ou à son 60<sup>e</sup> anniversaire.

#### 3.7.2 - Garantie Invalidité Permanente Partielle de Travail (I.P.P.) et Invalidité Permanente Totale de Travail (I.P.T.) :

L'Assuré en état d'Invalidité permanente par suite de Maladie ou d'Accident garanti(e) a droit à la rente indiquée sur son Certificat d'adhésion.

Le montant de la rente garanti est déterminé par l'Assuré selon les mêmes modalités que celles prévues pour l'indemnité journalière au 3.7.1 du présent contrat. Le montant de la rente versé sera fonction du taux d'invalidité.

Pour qu'il y ait Invalidité permanente, l'Assuré doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale, et une invalidité professionnelle. Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération

professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités publié par le concours médical. Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente. Ces taux étant fixés chacun entre 0 et 100%, le taux d'invalidité permanente (N) est obtenu par le tableau ci-annexé à double entrée (Annexe 1).

Si N est compris entre 33 et 66%, l'invalidité permanente est considérée comme partielle et le coefficient N/66 est appliqué au montant de la rente.

**Aucune rente n'est versée si le taux N est inférieur à 33%.**

La rente commence à être servie à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré. Son montant peut être révisé à la hausse ou à la baisse si le degré de l'invalidité fonctionnelle se trouve modifié.

La rente cesse d'être due :

- si les indemnités journalières sont de nouveau servies à l'Assuré,
- à la date de préretraite ou d'admission de l'Assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et au plus tard à son 60ème anniversaire.

La rente invalidité est payable trimestriellement à terme échu.

## 4. Bénéficiaire du capital décès

L'Adhérent désigne les Bénéficiaires dans sa demande d'adhésion. L'Adhérent peut modifier à tout moment sa désignation bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation bénéficiaire peut être faite sous seing privé (ex : lettre) ou par acte authentique (ex : testament chez un notaire). Dans tous les cas, l'Adhérent doit envoyer à APRIL Assurances une lettre datée et signée l'informant de cette nouvelle désignation bénéficiaire.

Faute de désignation de Bénéficiaire ou si la désignation faite s'avère caduque, les sommes dues seront versées au Conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut à ses héritiers par parts égales.

Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, l'Adhérent peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Organisme assureur en cas de décès de l'Assuré.

### Conséquences de l'acceptation du Bénéficiaire :

La personne désignée comme Bénéficiaire, en cas de décès, par l'Adhérent peut à tout moment accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit en se manifestant auprès de l'Organisme assureur ou d'APRIL Assurances et sans en informer l'Adhérent. Dans le cas d'une acceptation, l'accord du Bénéficiaire devient notamment obligatoire lorsque l'Adhérent souhaite désigner un autre bénéficiaire. A défaut de ce consentement, l'Organisme assureur ne peut donner une suite favorable aux demandes de l'Adhérent.

## 5. Expertise

L'état d'incapacité et d'invalidité de l'Assuré est constaté par expertise médicale en dehors de toute considération du régime obligatoire auquel peut être affilié l'Assuré.

APRIL Assurances se réserve la faculté de faire expertiser l'Assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

**Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL Assurances doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état, à défaut le service des prestations sera suspendu ou supprimé.**

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré, hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un Sinistre.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du tribunal compétent. Dans la première éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception : s'il y a lieu, la désignation du troisième médecin est faite par le Président du tribunal statuant en référé. Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable, soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou définitif, à moins que trois mois ne se soient écoulés depuis sa nomination, sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

## 6. Règlement des prestations

### Pour la garantie Décès :

Le décès de l'Assuré doit être notifié à APRIL Assurances dans les plus brefs délais. Les Bénéficiaires sont tenus de produire tous les justificatifs notamment médicaux qu'APRIL Assurances estimera nécessaires tant sur les cir-

constances du décès que sur ses causes. Les frais qui pourront en résulter seront à la charge du Bénéficiaire. Les sommes dues sont payables au domicile du Bénéficiaire, après justification de sa qualité et fourniture notamment des pièces suivantes :

- acte de décès,
- certificat médical fourni par APRIL Assurances, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
- copie du livret de famille,
- le procès verbal de police en cas de décès accidentel.

### Pour la garantie Rente Familiale :

La rente due au titre de cette garantie est payable, trimestriellement à terme échu, au domicile du Bénéficiaire, après justification de sa qualité.

### Pour la garantie Rente Education :

La rente due au titre de cette garantie est payable, trimestriellement à terme échu, au domicile de l'enfant sous réserve de la production des justificatifs suivants :

- document justifiant de la qualité d'enfant fiscalement à charge
- pour les enfants de plus de 18 ans et poursuivant leurs études, un certificat de scolarité.

### Pour les garanties Incapacité /Invalidité :

En cas d'I.A.D ou d'Invalidité Permanente, l'Assuré doit apporter la preuve de son état dans les deux mois où il en a eu connaissance.

L'Incapacité Temporaire de travail doit être déclarée par écrit à APRIL Assurances dans les 5 jours, qui suivent l'arrêt de travail, sauf cas de force majeure. Passé ce délai, la période de Franchise ne commence à courir, ou les prestations ne sont dues, que du jour de la déclaration.

**Tout sinistre non déclaré dans un délai de 30 jours qui suit la fin de la Franchise, est définitivement exclu des garanties.**

La déclaration doit être accompagnée :

- d'un Certificat médical indiquant la nature de l'Accident ou de l'affection qui justifie l'incapacité de travail ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état,
- des bordereaux de paiement par la Sécurité sociale des indemnités journalières ou décomptes des arrérages trimestriels,
- en cas de mi-temps thérapeutique, de l'attestation de reprise du travail établie par le médecin traitant de l'Assuré et de l'autorisation du contrôle médical de la Sécurité sociale,
- ainsi que toutes les autres pièces qu'APRIL Assurances estimera nécessaires pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

En cas de prolongation de l'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré doit transmettre les certificats médicaux justificatifs dans un délai maximum de 5 jours. A défaut, le service des indemnités journalières sera interrompu et ne reprendra qu'à la date de réception par APRIL Assurances des certificats médicaux.

Si l'arrêt de travail ou l'Invalidité survient à l'étranger, le paiement des prestations ou le début de la période de Franchise ne part que du jour de la première constatation médicale en France.

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré, hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

Les prestations ayant un caractère indemnitaire, des justificatifs des revenus de l'Assuré pourront être réclamés par APRIL Assurances.

## 7. Plafonnement des prestations

**Les prestations versées au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente ne pourront avoir pour effet de procurer à l'Assuré un revenu supérieur à son revenu mensuel professionnel calculé à partir du revenu professionnel annuel net tiré de la dernière activité déclarée et déclaré à l'administration fiscale l'année précédant son arrêt de travail, compte tenu des prestations versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultatif.**

## 8. Cotisations

La cotisation évolue au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge atteint, de la catégorie professionnelle, du domicile et des garanties souscrites.

L'âge de l'Assuré est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les taxes actuelles à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement, mensuellement, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL Assurances adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, APRIL Assurances résiliera de plein droit le contrat. En outre, elle pourra réclamer en justice le paiement des cotisa-

tions restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible immédiatement pour l'année entière conformément au Code.

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.

#### Exonération :

L'Assuré qui perçoit de l'organisme assureur des indemnités journalières ou une rente d'Invalidité est exonéré du paiement des cotisations relatives aux garanties du présent contrat.

L'exonération n'est pas accordée en cas de reprise d'activité professionnelle à mi-temps thérapeutique.

## 9. Exclusions de garanties

**Ne sont pas garantis au titre du présent contrat, les risques suivants :**

- le suicide s'il survient pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit l'augmentation,
- les conséquences du fait de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante.
- Les Maladies ou Accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de la personne bénéficiaire.

**Pour les garanties autres que les garanties Décès, Rente Familiale, Rente Education ne sont pas garantis au titre du présent contrat les risques suivants :**

- les faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- la conduite en état d'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre),
- les grossesses, les accouchements normaux, les fausses couches, sauf si pour des causes pathologiques les assurées se trouvent en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ; leur congé légal de maternité étant alors déduit de la durée d'Incapacité Temporaire Totale de Travail en sus de la période de Franchise,
- les affections de type psychiatrique, psychoneurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, d'aliénation mentale et de dépression, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation continue de plus de 5 jours. L'indemnité journalière sera versée à l'expiration du délai de Franchise choisi en cas de Maladie calculé à partir de la date de début d'Hospitalisation,
- les Maladies ou Accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de la personne Bénéficiaire ou qui résultent de tentative de suicide ou de mutilations volontaires,
- les risques aériens se rapportant à des compétitions, des matches, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, vols sur U.L.M, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vols sur planeurs ultra légers au sens de l'arrêté du 07/10/1985 notamment delta plane et parapentes, et vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome,
- la pratique d'un sport exercé à titre professionnel, ou dans le cadre de compétitions amateurs nécessitant l'usage d'un engin à moteur. Il est précisé que la pratique de sports dangereux tels que le bobsleigh, le skeleton, la pêche ou plongée sous-marine avec équipement autonome, le vol à voile, la spéléologie, l'escalade, le saut à l'élastique, doit faire l'objet d'une déclaration, et fera l'objet d'une proposition de tarification adaptée. En cas de non-déclaration ou de refus de la proposition de tarification par l'Adhérent, la pratique de ces sports est exclue,
- les cures de toute nature mêmes prescrites médicalement et mêmes effectuées en établissement hospitalier ou lors de séjours en maison de repos.

## 10. Effet, durée et cessation des garanties

### 10.1 - Date d'effet des garanties :

A la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances sous condition suspensive du paiement de la première cotisation et sous réserve d'acceptation par APRIL Assurances concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion précisant le montant des sommes assurées pour chacun des risques couverts.

Jusqu'à la notification de l'acceptation ou de la non acceptation par APRIL Assurances, la garantie est accordée pour le risque décès d'origine accidentelle en contrepartie d'un acompte de cotisation et ceci pour une durée maximale de 60 jours à compter du lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances.

#### Etats antérieurs :

Les garanties s'exercent uniquement sur les conséquences des Accidents survenus après la prise d'effet des garanties, et des Maladies dont la première constatation médicale est postérieure à cette date d'effet, ou à l'expiration du Délai d'attente.

Elles peuvent s'exercer également sur les conséquences des infirmités

existants au moment de la souscription, des Accidents survenus avant la prise d'effet des garanties, et des Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à cette date d'effet, à condition que ces infirmités, Accidents ou Maladies aient été déclarés par l'Assuré à l'adhésion et n'aient pas fait l'objet d'une exclusion par l'organisme assureur.

### 10.2 - Délai d'attente :

Il n'y a pas de délai d'attente lorsque l'arrêt de travail est consécutif à un Accident.

Un délai d'attente de 90 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une Maladie ou affection.

Un délai d'attente de 300 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une grossesse.

Un délai d'attente de 365 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une Maladie mentale.

Ces délais d'attente sont applicables aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Partielle ou Totale.

Ces délais d'attente peuvent être abrogés dans l'hypothèse où l'Assuré peut justifier de garanties antérieures de même nature et de même niveau, résiliées depuis moins de 12 mois. Dans cette hypothèse, en cas de Sinistre, l'indemnité versée pendant la durée du délai d'attente applicable correspondra au montant garanti par le contrat précédent dans la limite des garanties souscrites lors de la présente adhésion.

### 10.3 - Durée des garanties :

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction au premier Janvier de chaque année pour autant que la convention reste en vigueur.

### 10.4 - Renonciation :

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent. Il peut renoncer à son contrat dans les 30 jours calendaires révolus suivant la date de réception de son Certificat d'adhésion. Pour cela, il lui suffit d'adresser à APRIL Assurances (27 rue Maurice Flandin, BP3261 69403 Lyon cedex 03) une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée sur le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) M.....(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat "APRIL PREVOYANCE SALARIES" n°..... que j'ai signé le ..... à..... (lieu de souscription).

Fait à .....le ..... signature .....

L'Organisme assureur procède au remboursement de l'intégralité de la cotisation dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

La garantie décès est acquise jusqu'à l'envoi du chèque correspondant au montant de la cotisation restituée et au plus tard jusqu'au 30<sup>e</sup> jour suivant la date d'effet du contrat.

### 10.5 - Cessation des garanties :

#### a) Les garanties du contrat cessent :

- a) En cas de résiliation par l'Adhérent, à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins,
- b) en cas de résiliation en cours d'année par l'organisme assureur dans un délai de deux ans suivant l'adhésion au présent contrat, avec un préavis de deux mois,
- c) en cas de non-paiement des cotisations, 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, conformément à l'article 8 du présent contrat,
- d) en cas de dénonciation des présentes conventions par l'Association ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent),
- e) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être bénéficiaire,
- f) lorsque l'Assuré atteint l'âge de 60 ans pour les garanties I.A.D, Invalidité Permanente et Incapacité Temporaire, et de 70 ans pour les autres garanties,
- g) à la date à laquelle il cesse d'exercer sa dernière profession déclarée et au plus tard au moment où il est en préretraite ou à la retraite.

En cas de résiliation par l'organisme assureur ou l'Association dans le cas énoncé au d) et si l'adhésion a plus de deux ans, l'organisme assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'Assuré, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de la résiliation.

#### b) Sanctions en cas de fausse déclaration :

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le sinistre, par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat.

De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

## 11. Changement de la situation de l'Assuré

L'Assuré doit informer APRIL Assurances par écrit, dans le mois qui suit tout changement de statut, de situation, de domicile (par défaut les lettres

adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

En cas de survenance d'un des événements énoncés ci-dessus, et conformément au Code, l'Adhérent et l'organisme assureur ont la faculté de résilier le contrat, cette résiliation prenant effet 1 mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

En outre, l'Assuré doit aviser APRIL Assurances annuellement de tout changement du montant des revenus déclarés à l'adhésion ou lors de son renouvellement. La prise d'effet des modifications est subordonnée à l'accord d'APRIL Assurances concrétisée par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion précisant le montant des sommes assurées pour chacun des risques couverts.

## 12. Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance sauf, si les Bénéficiaires du capital en cas de décès sont les ayants droit de l'Assuré où ce délai est porté à 10 ans.

## 13. Subrogation

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur pourra exercer son recours conformément au Code, à concurrence des prestations versées.

## 14. Examen des réclamations

En cas de difficultés dans l'application du contrat, il est recommandé à l'Adhérent de s'adresser à son conseiller en assurance habituel. Si un différend éventuel persistait après réponse, l'Adhérent pourrait adresser sa réclamation écrite au Service Clients – APRIL Assurances – 27, rue Maurice Flandin – 69403 Lyon cedex 03.

Si enfin la réponse donnée ne lui donnait pas satisfaction, l'Adhérent pourrait demander l'avis du médiateur, sans préjudice de son droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

## Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

### Accident :

Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

**Ne sont pas considérées comme des Accidents et sont donc traitées selon les mêmes modalités que les Maladies, les affections suivantes : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), alors même que ces affections seraient d'origine traumatique.**

### Adhérent :

Personne qui adhère à la présente convention de groupe.

### Assuré :

La personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance.

### Bénéficiaire :

Les sommes prévues en cas de décès de l'Assuré sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur la demande d'adhésion.

Le bénéficiaire désigné au titre de la garantie "Rente Familiale" ne peut être un enfant mineur.

### Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent par APRIL Assurances confirmant son adhésion au contrat APRIL PREVOYANCE SALARIES et mentionnant notamment la date d'effet de l'adhésion, la version choisie, la durée des franchises et les montants des garanties et options souscrites.

### Code :

Code des assurances pour les garanties liées au décès ou à l'I.A.D. de l'Assuré et code de la mutualité pour les garanties arrêt de travail.

### Conjoint :

L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'Assuré bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité avec ce dernier, en vigueur à la date du Sinistre.

Le concubin de l'Assuré pourra être considéré comme ayant la qualité de conjoint, s'il est désigné comme bénéficiaire en cas de décès sur le bulletin individuel d'affiliation et si justification de sa qualité est faite

### Consolidation :

Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

### 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 de l'adhésion portée au certificat d'adhésion.

**Toutes affections ou Maladies et leurs suites apparues pendant ce délai sont définitivement exclues des garanties.**

### Durée maximale d'indemnisation :

Le nombre de jours maximum pendant lesquels l'Assuré peut recevoir une indemnité. La durée maximale d'indemnisation s'entend par Sinistre.

### Franchise :

Période pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

### Hospitalisation :

Tout séjour, d'au moins vingt-quatre heures, dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e) au titre du présent contrat.

### Incapacité Temporaire Totale de travail :

L'Assuré est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail si à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), il est dans l'impossibilité complète et continue d'exercer l'activité professionnelle mentionnée sur le certificat d'adhésion.

### Incapacité Absolue et Définitive (I.A.D) :

Inaptitude totale et irrémédiable de l'Assuré à tout travail ou occupation pouvant procurer gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie : se laver, se nourrir, s'habiller, se déplacer.

### Incapacité Permanente Totale de travail (I.P.T) :

L'Assuré est considéré comme étant en état d'I.P.T de travail, si sa capacité à exercer une profession est réduite d'au moins 66%.

### Incapacité Permanente Partielle de travail (I.P.P) :

L'Assuré est considéré comme étant en état d'I.P.P, si sa capacité à exercer une profession est réduite d'au moins 33% et au plus de 65%.

### Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale autorisée.

### Sinistre :

Événement, Maladie ou Accident mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion est en vigueur.

## Annexe 1

### Barème d'invalidité

Taux Professionnel	Taux Fonctionnel								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

# APRIL Assurances à vos côtés

APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances simples et innovantes, les gère dans un souci permanent de réactivité et de qualité et les distribue par l'intermédiaire d'un réseau d'assureurs-conseils indépendants. Certifiée ISO 9001 version 2000 pour ses activités de conception et gestion de contrats d'assurance de personnes, APRIL Assurances place la satisfaction clients au coeur de ses engagements.



## Un large éventail de solutions

Très diversifiées, elles permettent à APRIL Assurances de répondre aux attentes du plus grand nombre d'assurés : famille, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants.

### Prévoyance

Solutions d'assurances santé et prévoyance individuelles.

Tél. 0 891 46 9000  
(0,23 € TTC/min)

### Habitat

Solutions d'assurances de prêt.

Tél. 0 891 46 6000  
(0,23 € TTC/min)

### Entreprise

Solutions d'assurances santé et prévoyance pour l'entreprise, protection du dirigeant.

Tél. 04 72 36 75 35

## Notre engagement, Votre satisfaction

- Une prise en charge immédiate des dossiers pour une gestion en 24 heures,
- **95 % de nos assurés se déclarent satisfaits d'APRIL Assurances\***,
- **98 % des assureurs-conseils se déclarent satisfaits de leur partenariat avec APRIL Assurances (dont 54 % de très satisfaits)\*.**



En 2005 APRIL Assurances entre dans le Palmarès des "25 entreprises où il fait bon travailler en France."

## Principaux repères

- Création d'APRIL Assurances en 1988,
- **1 million d'assurés** à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- 560 collaborateurs,
- 13 000 assureurs-conseils indépendants.

Votre Assureur-Conseil



Siège social,  
27 rue Maurice Flandin - BP 3261  
69403 Lyon cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet <http://www.april.fr>



APRIL ASSURANCES EST UNE SOCIÉTÉ D'APRIL COURTAGE