

P R É V O Y A N C E

*Prévoyance*



(Serenassur)

*Seniors*

L'assurance d'une autonomie financière préservée

Vos Garanties - 2007

- Des garanties évolutives selon votre état de dépendance
- Prise en charge de la dépendance totale et partielle
- Un soutien au quotidien dès l'adhésion, un accès privilégié à des services de télé-assistance
- Garantie viagère





L'assurance d'une autonomie financière préservée

## Avec Serenassur, préservez quoi qu'il arrive votre autonomie financière et l'avenir de ceux qui vous sont chers

### La réponse APRIL Assurances : Serenassur

#### Une définition claire de la dépendance

- Le contrat SERENASSUR s'appuie sur la définition de la dépendance retenue par l'Etat : **la grille AGGIR** (présentée en page 3).
- SERENASSUR prévoit la prise en charge de la dépendance à compter du stade GIR 4.

#### Des garanties pour mieux répondre à vos besoins

- Vous choisissez de vous couvrir en cas de dépendance totale seulement ou bien en cas de dépendance totale et partielle,
- Vous définissez, en fonction de vos revenus et de votre budget, le montant de votre rente mensuelle (de 150 à 1500 euros),
- Cette rente vous sera **versée à vie** (en cas de dépendance de stade GIR 3 à 1).



**La rente que vous percevez est exonérée d'impôt sur le revenu.**

#### Des cotisations adaptées

- Plus vous adhérez tôt, plus votre cotisation est faible : en effet, votre cotisation est calculée en fonction de votre âge lors de l'adhésion,
- Si votre conjoint souscrit en même temps que vous, vous bénéficierez chacun d'une **réduction de 10 %** sur votre contrat (hors options),
- Vous êtes en état de dépendance donnant droit à indemnisation ? Vous bénéficiez d'une exonération de vos cotisations.

#### Une assistance efficace pour vous et vos proches, dès votre adhésion

Les garanties d'assistance proposées dans le cadre de votre contrat Serenassur sont conçues pour vous apporter un soutien au quotidien, et ce bien en amont des premiers signes de dépendance (le détail des garanties vous est présenté en page 7).

#### La possibilité de mise en réduction de votre contrat.

Si, en raison de difficultés financières, vous n'êtes plus en mesure de payer vos cotisations, et que vous cotisez depuis 8 ans au moins, vous restez néanmoins assuré en cas de dépendance totale.

Ainsi, la rente mensuelle que vous avez souscrite vous sera versée en partie (selon les modalités prévues par les Conditions Générales).

A 62 ans, vous adhérez au contrat SERENASSUR pour une rente mensuelle de 600 euros.

12 ans après votre adhésion, suite à des difficultés financières, vous ne pouvez plus payer vos cotisations. Votre contrat est alors automatiquement mis en réduction.

5 ans après la mise en réduction de votre contrat, vous êtes reconnu en état de dépendance totale. Une rente mensuelle réduite calculée en fonction du barème en vigueur à cette date vous sera versée soit en 2006 : **210 euros**.



**Vos enfants se préoccupent de votre avenir et souhaitent vous mettre à l'abri de tout souci si vous deveniez dépendant. Ils peuvent tout-à-fait souscrire pour vous un contrat SERENASSUR, il vous suffira de leur donner votre accord et de répondre au questionnaire concernant votre état de santé.**

## La dépendance aujourd'hui

### Quelques chiffres

- On estime aujourd'hui à un million le nombre de personnes actuellement en état de dépendance (psychique ou physique), et ce chiffre pourrait doubler d'ici 20 ans.
- L'espérance de vie ne cesse de s'accroître, et la population vieillit : en 2006, 5 millions de français auront plus de 75 ans et d'ici 2040, les plus de 60 ans représenteront près du tiers de la population.

### Ce que coûte la dépendance

La dépendance coûte cher, et peut largement dépasser la retraite que vous percevez.

- En effet, en cas de dépendance lourde, vous pourrez être amené à être hospitalisé dans un établissement médicalisé, ce qui représente une charge mensuelle de l'ordre de 1 300 à 3 000 euros par mois.
- Si vous avez la possibilité de rester chez vous, et souhaitez bénéficier d'une aide à domicile, il vous faudra compter environ 2 500 euros par mois.

Sachant que ces charges viendront s'ajouter à vos dépenses courantes (loyer, électricité, téléphone...).

### Les aides de l'Etat

Mise en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) a pour objet de prendre en charge les frais liés à la perte d'autonomie des personnes âgées. Cette allocation est adaptée à chaque situation, que la personne âgée vive à son domicile, ou en établissement : elle est calculée en fonction de son degré d'autonomie et de ses ressources.

Pour bénéficier de l'APA, il suffit :

- d'être âgé de plus de soixante ans,
- de justifier d'une résidence stable et régulière en France,
- de remplir certaines conditions de perte d'autonomie : l'appréciation du degré de perte d'autonomie est effectuée par un médecin, sur le fondement de la grille nationale AGGIR.

**Pour en savoir plus, adressez-vous au Conseil Général de votre département ou contactez Serenassur Assistance !**

### La grille AGGIR

- Cette grille est l'outil officiel d'évaluation de la dépendance des personnes âgées.
- Elle garantit une classification parmi l'un des 6 Groupes Iso-Ressources (GIR) définis par le Syndicat national de Gérontologie Clinique, dans l'arrêté du 28 avril 1997 de la Loi sur la Prestation Spécifique de Dépendance.

<b>GIR 6</b>	La personne a toute son autonomie pour les actes de la vie courante.
<b>GIR 5</b>	La personne se déplace, s'alimente et s'habille seule, mais a besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
<b>GIR 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne est partiellement autonome : une fois levée, elle peut se déplacer seule mais elle a parfois besoin d'être aidée pour la toilette et l'habillement.</li> <li>• La personne n'a aucun problème pour se déplacer mais il faut l'aider pour les activités corporelles (y compris les repas).</li> </ul>
<b>GIR 3</b>	La personne a conservé son autonomie mentale et partiellement sa capacité à se déplacer, mais elle a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour son autonomie et son hygiène corporelle.
<b>GIR 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne est confinée au lit ou dans un fauteuil. Même si ses fonctions intellectuelles ne sont pas altérées, elle a besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités ordinaires de la vie.</li> <li>• Les fonctions mentales de la personne sont altérées mais elle a conservé sa capacité à se déplacer.</li> </ul>
<b>GIR 1</b>	La personne est confinée au lit ou dans un fauteuil, ses fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence permanente d'intervenants est indispensable.



## Vos garanties

L'assurance d'une autonomie financière préservée

### 1) Vous choisissez le montant de votre rente mensuelle parmi les 10 niveaux suivants :

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8	Niveau 9	Niveau 10
Montant de la rente	150 €	300 €	450 €	600 €	750 €	900 €	1 050 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €

### 2) Vous choisissez l'étendue de vos garanties.

#### • Dépendance Totale

La dépendance est considérée comme "totale" si votre état de dépendance vous situe en GIR 1 ou 2 de la grille de référence AGGIR. Vous percevrez alors le montant total de la rente choisie.

#### • Dépendance Totale et Partielle

La dépendance est considérée comme "partielle" si votre état de dépendance vous situe en GIR 3 ou 4 de la grille de référence AGGIR.

Si vous optez pour une garantie en cas de Dépendance Totale et Partielle, vous bénéficierez de garanties **qui évoluent** en fonction de votre Etat de Dépendance :

- Ainsi, vous toucherez un capital "Premiers Frais" égal à 6 fois le montant de la rente souscrite dès que vous êtes reconnu en Dépendance Totale ou Partielle. Ce capital vous permettra de procéder à l'aménagement de votre domicile, ou de disposer d'un complément de revenu dans l'attente des aides de l'Etat.
- En cas de Dépendance de stade GIR 3, vous bénéficierez d'une rente mensuelle égale à 66% du montant souscrit.
- En cas de Dépendance Totale (GIR 1 et 2), vous toucherez le montant total de la rente que vous avez choisie.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8	Niveau 9	Niveau 10
Rente mensuelle (GIR 1 et 2)	150 €	300 €	450 €	600 €	750 €	900 €	1 050 €	1 200 €	1 350 €	1 500 €
Rente mensuelle (GIR 3)	99 €	198 €	297 €	396 €	495 €	594 €	693 €	792 €	891 €	990 €
Capital Premiers Frais	900 €	1 800 €	2 700 €	3 600 €	4 500 €	5 400 €	6 300 €	7 200 €	8 100 €	9 000 €



Si vous tombez en dépendance de stade GIR 3, 2 ou 1 sans passer par le stade GIR 4, vous percevrez un capital "Premier Frais" égal à 6 fois le montant de la rente souscrite.

Quelle que soit la garantie de base choisie, votre rente vous sera versée à l'issue d'une franchise de 90 jours.



SERENASSUR ne comporte aucun délai d'attente en cas de dépendance consécutive à la maladie (sauf en cas de démence sénile ou en présence de la maladie d'Alzheimer).

## Options

Vous pouvez compléter votre protection grâce aux options :

- **Soutien Hospitalisation** : vous percevrez un forfait de **450 euros** en cas d'Hospitalisation (en établissement hospitalier situé en France) supérieure à 10 jours consécutifs, pour faciliter votre retour à votre domicile.
- **Capital Obsèques** : en cas de décès, un capital de **3 500 euros** sera versé aux bénéficiaires pour la prise en charge de vos obsèques.

## Garantie en cas de Dépendance Totale

Cotisations mensuelles TTC pour l'année 2007.

Age à l'adhésion	Garantie de base										Options	
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8	Niveau 9	Niveau 10	Capital Obsèques	Soutien Hospitalisation
≤ 50 ans	4,17	7,61	11,04	14,48	17,91	21,35	24,78	28,21	31,65	35,08	10,24	3,12
51 ans	4,32	7,91	11,49	15,08	18,66	22,25	25,83	29,42	33,00	36,59	10,66	3,19
52 ans	4,48	8,23	11,97	15,72	19,46	23,20	26,95	30,69	34,44	38,18	11,11	3,26
53 ans	4,65	8,57	12,48	16,39	20,31	24,22	28,13	32,05	35,96	39,87	11,58	3,34
54 ans	4,83	8,92	13,02	17,11	21,20	25,30	29,39	33,48	37,58	41,67	12,08	3,42
55 ans	5,02	9,31	13,59	17,88	22,16	26,44	30,73	35,01	39,30	43,58	12,61	3,51
56 ans	5,23	9,71	14,20	18,69	23,17	27,66	32,15	36,64	41,12	45,61	13,16	3,61
57 ans	5,44	10,14	14,85	19,55	24,25	28,96	33,66	38,36	43,07	47,77	13,75	3,72
58 ans	5,67	10,60	15,54	20,47	25,40	30,34	35,27	40,20	45,13	50,07	14,38	3,83
59 ans	5,92	11,09	16,27	21,45	26,62	31,80	36,98	42,15	47,33	52,51	15,05	3,96
60 ans	6,18	11,61	17,05	22,48	27,92	33,36	38,79	44,23	49,67	55,10	15,76	4,09
61 ans	6,45	12,16	17,88	23,59	29,30	35,01	40,72	46,44	52,15	57,86	16,53	4,18
62 ans	6,74	12,75	18,75	24,76	30,77	36,77	42,78	48,78	54,79	60,79	17,34	4,27
63 ans	7,06	13,37	19,69	26,01	32,33	38,64	44,96	51,28	57,59	63,91	18,22	4,37
64 ans	7,39	14,04	20,69	27,34	33,99	40,63	47,28	53,93	60,58	67,23	19,16	4,49
65 ans	7,74	14,74	21,75	28,75	35,75	42,76	49,76	56,76	63,76	70,77	20,18	4,61
66 ans	8,12	15,50	22,88	30,26	37,63	45,01	52,39	59,77	67,15	74,53	21,29	4,75
67 ans	8,52	16,30	24,08	31,86	39,64	47,42	55,20	62,98	70,76	78,54	22,49	4,91
68 ans	8,95	17,15	25,36	33,57	41,78	49,99	58,19	66,40	74,61	82,82	23,80	5,08
69 ans	9,40	18,07	26,73	35,39	44,06	52,72	61,38	70,05	78,71	87,37	25,22	5,28
70 ans	9,89	19,04	28,19	37,34	46,49	55,63	64,78	73,93	83,08	92,23	26,77	5,50
71 ans	10,44	20,15	29,85	39,55	49,26	58,96	68,66	78,37	88,07	97,77	28,41	5,57
72 ans	11,03	21,33	31,63	41,92	52,22	62,51	72,81	83,10	93,40	103,69	30,19	5,65
73 ans	11,67	22,60	33,53	44,45	55,38	66,31	77,24	88,17	99,10	110,03	32,14	5,75
74 ans	12,34	23,95	35,56	47,16	58,77	70,38	81,98	93,59	105,19	116,80	34,28	5,86
75 ans	13,07	25,40	37,73	50,06	62,39	74,73	87,06	99,39	111,72	124,05	36,65	5,99

**(A noter)** Si vous avez moins de 50 ans, votre cotisation sera la suivante : ≤ 50 ans.

## Garantie en cas de Dépendance Totale et Partielle

Cotisations mensuelles TTC pour l'année 2007.

Age à l'adhésion	Garantie de base										Options	
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8	Niveau 9	Niveau 10	Capital Obsèques	Soutien Hospitalisation
≤ 50 ans	6,60	12,46	18,32	24,18	30,04	35,91	41,77	47,63	53,49	59,35	10,24	3,12
51 ans	6,86	12,98	19,10	25,23	31,35	37,47	43,59	49,71	55,83	61,96	10,66	3,19
52 ans	7,14	13,54	19,93	26,33	32,73	39,13	45,53	51,92	58,32	64,72	11,11	3,26
53 ans	7,43	14,12	20,81	27,50	34,20	40,89	47,58	54,27	60,96	67,65	11,58	3,34
54 ans	7,74	14,75	21,75	28,75	35,75	42,76	49,76	56,76	63,77	70,77	12,08	3,42
55 ans	8,07	15,41	22,74	30,08	37,41	44,74	52,08	59,41	66,75	74,08	12,61	3,51
56 ans	8,43	16,11	23,80	31,48	39,17	46,86	54,54	62,23	69,91	77,60	13,16	3,61
57 ans	8,80	16,86	24,92	32,98	41,04	49,10	57,17	65,23	73,29	81,35	13,75	3,72
58 ans	9,20	17,66	26,12	34,58	43,04	51,50	59,96	68,42	76,88	85,34	14,38	3,83
59 ans	9,62	18,51	27,39	36,28	45,16	54,04	62,93	71,81	80,70	89,58	15,05	3,96
60 ans	10,07	19,41	28,75	38,08	47,42	56,75	66,09	75,42	84,76	94,10	15,76	4,09
61 ans	10,56	20,37	30,19	40,00	49,82	59,64	69,45	79,27	89,08	98,90	16,53	4,18
62 ans	11,07	21,40	31,72	42,05	52,38	62,71	73,03	83,36	93,69	104,02	17,34	4,27
63 ans	11,61	22,49	33,36	44,23	55,11	65,98	76,85	87,72	98,60	109,47	18,22	4,37
64 ans	12,19	23,65	35,10	46,56	58,01	69,47	80,92	92,37	103,83	115,28	19,16	4,49
65 ans	12,81	24,89	36,96	49,04	61,11	73,19	85,26	97,34	109,41	121,48	20,18	4,61
66 ans	13,48	26,21	38,95	51,68	64,42	77,16	89,89	102,63	115,37	128,10	21,29	4,75
67 ans	14,18	27,63	41,07	54,51	67,95	81,40	94,84	108,28	121,73	135,17	22,49	4,91
68 ans	14,94	29,14	43,33	57,53	71,73	85,93	100,13	114,32	128,52	142,72	23,80	5,08
69 ans	15,74	30,75	45,76	60,76	75,77	90,77	105,78	120,78	135,79	150,79	25,22	5,28
70 ans	16,61	32,48	48,34	64,21	80,08	95,95	111,82	127,69	143,55	159,42	26,77	5,50
71 ans	17,63	34,52	51,41	68,30	85,19	102,08	118,97	135,87	152,76	169,65	28,41	5,57
72 ans	18,73	36,72	54,71	72,70	90,68	108,67	126,66	144,65	162,64	180,63	30,19	5,65
73 ans	19,91	39,08	58,25	77,42	96,59	115,76	134,93	154,10	173,27	192,43	32,14	5,75
74 ans	21,18	41,62	62,06	82,50	102,94	123,38	143,81	164,25	184,69	205,13	34,28	5,86
75 ans	22,55	44,35	66,16	87,96	109,77	131,58	153,38	175,19	197,00	218,80	36,65	5,99

### Cotisations mensuelles en euros

L'âge à prendre en compte est celui que vous aurez au 31/12 de l'année en cours.  
Exemple : Vous êtes né(e) le 11/03/1947, votre âge à l'adhésion en 2007 est : 60 ans.

Dès votre adhésion, vous bénéficiez de services et de prestations d'assistance pour vous simplifier la vie, et vous apporter, ainsi qu'à vos proches, de précieux conseils !

### Au quotidien

Serenassur Assistance répondra à toutes vos questions concernant la vie quotidienne (aspects juridiques, vie pratique, santé, retraite...) mais aussi plus spécifiquement la dépendance (droits en matière de protection sociale, modalités d'attribution des aides de l'Etat, démarches administratives...).

Si vous avez besoin d'un médecin ou d'une infirmière, de médicaments, ou encore d'une aide ménagère à domicile, il vous suffira d'appeler Serenassur Assistance, qui organisera pour vous ces services (sans prise en charge financière).

#### **Besoin d'un coup de main pour changer un fusible ou tondre votre pelouse ?**

Serenassur Assistance vous met en relation avec des prestataires proches de chez vous, pour des petits travaux de dépannage à domicile : plomberie, électricité, serrurerie, petit bricolage, petit jardinage...

### En cas d'immobilisation temporaire (7 jours minimum)

Serenassur Assistance vous assure l'organisation et la prise en charge (dans les limites prévues par la Convention d'Assistance) :

- de la venue d'un proche à votre chevet (transport et frais d'hébergement) ou de 20 heures d'aide ménagère à domicile, selon vos besoins ;
- de la garde de votre animal de compagnie, chez un proche que vous aurez désigné (dans un rayon maximum de 50 km) ou à l'extérieur, selon votre choix.

### En cas de dépendance

- Dès que vous êtes en **Etat de Dépendance**, Serenassur Assistance vous propose :
  - **Un bilan médical**, effectué par téléphone avec les équipes médicales pour définir vos besoins en fonction de votre situation et de votre état de santé.
  - **Un bilan social** pour faire le point, avec vous et vos proches, sur vos ressources, les différentes aides auxquelles vous pouvez prétendre, et les démarches à effectuer pour les obtenir.
  - **Un bilan de votre habitat** : Serenassur Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un ergothérapeute (dans la limite de 450 euros), qui vous conseillera sur la meilleure façon d'aménager votre domicile en fonction de vos nouvelles contraintes.

#### **Pour davantage de sécurité...**

Vous pourrez bénéficier d'un accès privilégié à des services de télé-assistance : mise en relation avec un organisme spécialisé, installation et prise en charge à concurrence de 150 euros (le coût de l'abonnement restant à votre charge).

- **Si votre Etat de Dépendance nécessite un placement en établissement spécialisé**, Serenassur Assistance vous aide dans la recherche de cet établissement spécialisé et vous accompagne lors du transfert dans l'établissement choisi (assistance au déménagement, organisation du transfert, prise en charge du transport et de l'hébergement de l'un de vos proches sur le lieu de votre établissement).

### En cas de décès

Serenassur Assistance permettra à vos proches d'obtenir des informations et des conseils sur l'organisation des obsèques, sur les démarches administratives à effectuer, sur le droit de la succession.

#### **Un soutien psychologique pour vous aider à gérer une situation difficile.**

En cas de dépendance ou de décès, vous, et vos proches, pourrez bénéficier d'un soutien psychologique personnalisé (sous forme d'entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien).

# 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*



(**Serenassur**)

*Seniors*

L'assurance d'une autonomie financière préservée

Demande d'Adhésion - 2007

- Des garanties évolutives selon votre état de dépendance
- Prise en charge de la dépendance totale et partielle
- Un soutien au quotidien dès l'adhésion, un accès privilégié à des services de télé-assistance
- Garantie viagère



**april**  
ASSURANCES



L'assurance d'une autonomie financière préservée

# Demande d'adhésion 2007

Réservé à APRIL Assurances

S E R 0 2 1 0

S E R 0 2 2 0

SER 06-11/06

000BR4CT

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion  avenant\*

fax transmis le :

n° assuré 1 :

n° de l'assureur-conseil :

n° assuré 2 :

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

## Adhérent(e) (à remplir obligatoirement)

Nom : ..... Adresse : .....

Prénom : ..... Code Postal :  Ville : .....

### Assuré 1

M.  Mme  Mlle

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance :

Situation de famille : ..... Secteur d'activité : .....

Profession exacte : .....

Régime obligatoire : Salarié  TNS  Exploitant agricole  Autre : .....

Si l'option "Capital Obsèques" est souscrite, en cas de décès de l'Assuré au cours de son adhésion, le capital garanti sera versé à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non dissout, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses ayants-droit.

### Assuré 2

M.  Mme  Mlle

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance :

Situation de famille : ..... Secteur d'activité : .....

Profession exacte : .....

Régime obligatoire : Salarié  TNS  Exploitant agricole  Autre : .....

Si l'option "Capital Obsèques" est souscrite, en cas de décès de l'Assuré au cours de son adhésion, le capital garanti sera versé à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non dissout, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses ayants-droit.

## Informations communes

Adresse : .....

Code Postal  Ville : .....

Téléphone :  à remplir obligatoirement Portable :

Adresse E-mail : .....

## 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

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

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

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

L'assurance d'une autonomie financière préservée

<b>Assuré 1</b> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>		Nom : .....		Prénom : .....																
<b>Garantie de base</b>		<b>Niveau choisi</b>		<b>Montant de la cotisation mensuelle</b>																
<b>OU</b> <input type="checkbox"/> Dépendance totale (DT + AC) <input type="checkbox"/> Dépendance totale ou partielle (DP + AC) <input type="checkbox"/> Réduction conjoint – 10 % (à appliquer en cas d'adhésion couple)		pour la garantie de base		..... € ..... € – ..... €																
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10																		
<b>Options</b>		<b>Montant garanti</b>		<b>Montant de la cotisation mensuelle</b>																
<input type="checkbox"/> Soutien Hospitalisation (SH) <input type="checkbox"/> Capital Obsèques (KO)		450 euros/an 3 500 euros		+ ..... € + ..... €																
<b>TOTAL 1</b>				= ..... €																
<b>Assuré 2</b> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>		Nom : .....		Prénom : .....																
<b>Garantie de base</b>		<b>Niveau choisi</b>		<b>Montant de la cotisation mensuelle</b>																
<b>OU</b> <input type="checkbox"/> Dépendance totale (DT + AC) <input type="checkbox"/> Dépendance totale ou partielle (DP + AC) <input type="checkbox"/> Réduction conjoint – 10 % (à appliquer en cas d'adhésion couple)		pour la garantie de base		..... € ..... € – ..... €																
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10																		
<b>Options</b>		<b>Montant garanti</b>		<b>Montant de la cotisation mensuelle</b>																
<input type="checkbox"/> Soutien Hospitalisation (SH) <input type="checkbox"/> Capital Obsèques (KO)		450 euros/an 3 500 euros		+ ..... € + ..... €																
<b>TOTAL 2</b>				= ..... €																
<b>Je choisis mon mode de paiement (1)</b>		<b>TOTAL COTISATION MENSUELLE DE BASE (TOTAL 1 + TOTAL 2)</b>		= ..... €																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Périodicité</th> <th>Prélèvement automatique</th> <th>Chèque</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Annuelle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/an</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/an</td> </tr> <tr> <td>Semestrielle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/sem</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/sem</td> </tr> <tr> <td>Trimestrielle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/trim</td> <td>impossible</td> </tr> <tr> <td>Mensuelle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/mois (3)</td> <td>impossible</td> </tr> </tbody> </table>		Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque	Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/trim	impossible	Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/mois (3)	impossible	Frais d'échéance Droit d'adhésion (2) Je verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte de 45 € minimum (4)		+ .....2,50 € + .....20,00 € = ..... €	
Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque																		
Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an																		
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem																		
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/trim	impossible																		
Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/mois (3)	impossible																		
(1) Mettre une croix pour l'option choisie. (2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances. (3) Minimum pour le paiement mensuel : 16 €. (4) Affecté sur le compte cotisation de l'assuré 1 (si adhésion conjointe).																				
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 <input type="text"/> .																				
La date d'effet souhaitée <input type="text"/> (Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances).																				

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de FIDELIDADE 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 SER 06-11/06 et SERA 04-07/04, 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. 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 <input style="width: 100%;" type="text"/> le <input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>Le cachet et le visa de l'assureur-conseil</b>	<b>La signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"</b>	<b>La signature de l'assuré 1 précédée de la mention "lu et approuvé"</b>	<b>La signature de l'assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"</b>
--	---	---	---	---

**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 communiquerez 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 ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances - 27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 Lyon Cedex 03.**

Assuré(e) 1 M.  Mme  Mlle  Nom : ..... Prénom : .....

**Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.**

**S'il est répondu «OUI» à l'une des questions :**

- précisez à chaque fois : l'affection ou le motif de l'intervention chirurgicale, les dates et tout autre renseignement demandé sur le questionnaire.
- **LE PROPOSANT DEVRA FAIRE REMPLIR UN QUESTIONNAIRE DEPENDANCE PAR SON MÉDECIN TRAITANT.**

1	Veillez indiquer : Votre taille : ..... cm Votre poids : ..... kg	
2	<p>Votre tension artérielle est-elle supérieure à 15/9 ?</p> <p>Si oui, indiquez les chiffres obtenus lors de votre dernier contrôle : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3	<p>Bénéficiez-vous du remboursement à 100% de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ?</p> <p>Si oui, indiquez la maladie en cause : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4	<p>Au cours des 5 dernières années avez-vous suivi un traitement médical d'une durée supérieure à 3 semaines (médicaments, kinésithérapie, suivi psychiatrique,...) pour une affection autre qu'une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?</p> <p>Si oui, précisez le motif : .....</p> <p>et le traitement suivi : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5	<p>Avez-vous été hospitalisé 5 jours consécutifs ou plus au cours des 5 dernières années, y compris en hospitalisation de jour, pour un autre motif qu'une ablation de la vésicule biliaire, une cure de hernie inguinale, une appendicectomie, une hémorroïdectomie ou une varicectomie ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6	<p>Etes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité supérieure ou égale à 10%, ou une demande de pension est-elle en cours ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison : ..... De quel taux : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7	<p>Devez-vous effectuer dans les 6 prochains mois une consultation spécialisée, subir un traitement, une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?</p> <p>Si oui, précisez pour quelle raison et à quelle date : .....</p>	<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.

Date :

J'ai remis le questionnaire Dépendance à mon client à faire remplir par son médecin traitant.

La signature de l'assuré 1

La signature de l'assureur conseil

Ce questionnaire de santé est valable 3 mois à compter de sa signature.



## Questionnaire de santé

L'assurance d'une autonomie financière préservée

**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 communiquerez 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 ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances - 27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 Lyon Cedex 03.**

Assuré(e) 2 M.  Mme  Mlle  Nom : ..... Prénom : .....

**Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.**

**S'il est répondu «OUI» à l'une des questions :**

- précisez à chaque fois : l'affection ou le motif de l'intervention chirurgicale, les dates et tout autre renseignement demandé sur le questionnaire.
- **LE PROPOSANT DEVRA FAIRE REMPLIR UN QUESTIONNAIRE DEPENDANCE PAR SON MÉDECIN TRAITANT.**

1	Veillez indiquer : Votre taille : ..... cm Votre poids : ..... kg	
2	<p>Votre tension artérielle est-elle supérieure à 15/9 ?</p> <p>Si oui, indiquez les chiffres obtenus lors de votre dernier contrôle : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3	<p>Bénéficiez-vous du remboursement à 100% de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ?</p> <p>Si oui, indiquez la maladie en cause : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4	<p>Au cours des 5 dernières années avez-vous suivi un traitement médical d'une durée supérieure à 3 semaines (<i>médicaments, kinésithérapie, suivi psychiatrique,...</i>) <b>pour une affection autre</b> qu'une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?</p> <p>Si oui, précisez le motif : ..... et le traitement suivi : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5	<p>Avez-vous été hospitalisé 5 jours consécutifs ou plus au cours des 5 dernières années, y compris en hospitalisation de jour, pour un autre motif qu'une ablation de la vésicule biliaire, une cure de hernie inguinale, une appendicectomie, une hémorroïdectomie ou une varicectomie ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6	<p>Etes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité supérieure ou égale à 10%, ou une demande de pension est-elle en cours ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison : ..... De quel taux : .....</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7	<p>Devez-vous effectuer dans les 6 prochains mois une consultation spécialisée, subir un traitement, une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?</p> <p>Si oui, précisez pour quelle raison et à quelle date : .....</p>	<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.

Date :

J'ai remis le questionnaire Dépendance à mon client à faire remplir par son médecin traitant.

La signature de l'assuré 2

La signature de l'assureur conseil

Ce questionnaire de santé est valable 3 mois à compter de sa 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.**

## Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve de l'acceptation de votre dossier par APRIL Assurances et du versement de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :

- votre certificat d'adhésion,
- votre avis d'échéance (situation de votre compte),
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat,
- un résumé de vos garanties,
- des informations sur l'assistance.



**Siège social,**  
27 rue Maurice Flandin - BP 3261  
69403 Lyon Cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet [www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A. de courtage en assurances à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 500 000 € - Inscrite sur la liste ALCA - 428 702 419 RCS LYON.  
Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-7 et L512-6 du Code des Assurances.

P R É V O Y A N C E

*Prévoyance*



(**Serenassur**)

*Seniors*

L'assurance d'une autonomie financière préservée

Conditions Générales - 2007

- Des garanties évolutives selon votre état de dépendance
- Prise en charge de la dépendance totale et partielle
- Un soutien au quotidien dès l'adhésion, un accès privilégié à des services de télé-assistance
- Garantie viagère



# Conditions générales Serenassur

Valant note d'information

(A conserver  
par l'assuré)

Il a été conclu entre 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) et "COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE MUNDIAL", (société anonyme d'assurance régie par la législation portugaise au capital de 400 000 000 euros, dont le siège social est situé à Largo do Calariz 30-1200 LISBONNE et dont la succursale en France, immatriculée au RCS Paris B 413 175 191, se situe 29 boulevard des Italiens 75002 PARIS), une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative dont la gestion administrative est déléguée à APRIL Assurances.

L'autorité chargée du contrôle de l'Organisme d'assurance est l'Instituto de Seguros de Portugal, Avenida de Berna, 19 – 1050 Lisbonne Portugal.

Cette convention est régie par le Code des Assurances, les présentes conditions générales et les certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

## 1 - Objet de l'assurance

L'adhésion à la présente convention garantit, dès que l'Assuré est reconnu en Etat de Dépendance au cours de son adhésion (conformément à la définition qui en est donnée au lexique), le versement d'une rente à vie et, selon les garanties souscrites, le versement d'un capital forfaitaire "Premiers Frais".

Est également garanti en option, le versement d'un capital forfaitaire en cas d'hospitalisation et/ou en cas de décès de l'Assuré.

Le montant des garanties et options souscrites est indiqué au Certificat d'adhésion.

## 2 - Qui peut être assuré ?

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

- résider en France métropolitaine,
- être âgé de 75 ans au plus au 31 décembre de l'année d'adhésion,
- présenter un état de santé jugé satisfaisant par l'Assureur.

Les garanties reposent sur les déclarations et la bonne foi des parties et de chaque Assuré.

## 3 - Contenu de la garantie

### 3.1 Garantie de base

A l'adhésion, l'Adhérent a le choix entre une garantie Dépendance Totale ou une garantie Dépendance Totale et Partielle.

#### 3.1.1 Garantie Dépendance Totale

En cas de Dépendance Totale (GIR 1 et GIR 2), il sera versé **après une franchise absolue de 90 jours** suivant la reconnaissance de l'Assuré en Etat de Dépendance une rente égale à 100 % de la rente souscrite.

#### 3.1.2 Garantie Dépendance Totale et Partielle

##### a) Prestation rente mensuelle

Il sera versé **après une franchise absolue de 90 jours** suivant la reconnaissance de l'Assuré en Etat de Dépendance, une rente égale à :

- 100 % de la rente mensuelle souscrite en cas de Dépendance Totale (GIR 1 et GIR 2),
- 66 % de la rente mensuelle souscrite pour une Dépendance Partielle de stade GIR 3.

La rente est payable mensuellement à terme échu. Le paiement de la rente se poursuit jusqu'à la fin du mois au cours duquel intervient soit la cessation de l'Etat de Dépendance, soit le décès de l'Assuré.

Si l'Etat de Dépendance est préexistant à la date de demande de paiement de la rente, celle-ci ne sera versée qu'à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de la connaissance par APRIL Assurances de l'Etat de Dépendance et au plus tôt après application de la franchise absolue de 90 jours.

##### b) Prestation "Capital Premiers frais"

Dès la reconnaissance de l'Etat de Dépendance Totale ou Partielle,

l'Assuré perçoit un capital égal à 6 fois le montant de la rente mensuelle souscrite.

**Il ne sera versé qu'un seul capital au titre de la présente garantie. Le versement du capital met fin à la prestation "Capital Premiers frais".**

## 3.2 Garanties optionnelles

### 3.2.1 Garantie "Capital Obsèques"

En cas de décès de l'Assuré au cours de son adhésion, un capital forfaitaire dont le montant est indiqué au Certificat d'adhésion sera versé à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non dissout, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses ayants-droit.

### 3.2.2 Garantie "Soutien Hospitalisation"

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré dans un établissement hospitalier **situé en France**, d'une durée supérieure à 10 jours consécutifs, suite à un Accident ou une Maladie garantis, un capital forfaitaire dont le montant est indiqué au Certificat d'adhésion sera versé à l'Assuré.

**Il n'est versé qu'un capital par Année d'adhésion.**

**La garantie cesse à la date de la reconnaissance par APRIL Assurances de l'Etat de Dépendance de l'Assuré donnant droit au versement d'un capital ou d'une rente en application des garanties du présent contrat.**

## 4 - Revalorisation

Les garanties Dépendance Totale et Dépendance Totale et Partielle sont revalorisées au 31/12 de chaque année dans la limite de l'évolution du point AGIRC au 1<sup>er</sup> juillet comparé à sa valeur au 1<sup>er</sup> juillet précédent et dans la limite des possibilités du fonds de revalorisation. Les cotisations seront revalorisées dans la même proportion.

## 5 - Expertise

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. A défaut, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.**

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 le versement de la rente et du "Capital Premiers frais" :

Le rattachement à l'un des quatre groupes de dépendance relève de la décision médicale du Médecin conseil d'APRIL Assurances, qui pourra décider de la mise en place d'une expertise médicale. L'Assuré doit lui adresser sous pli confidentiel toutes les pièces justificatives qu'il

estimera nécessaires et notamment :

- l'attestation médicale fournie par APRIL Assurances complétée par son médecin traitant,
- le cas échéant, les justificatifs de versement de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie prévu dans la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, ainsi que les justificatifs d'invalidité du régime général de la Sécurité sociale
- tout document jugé nécessaire par April Assurances.

La date de reconnaissance de l'Etat de Dépendance par le Médecin conseil d'APRIL Assurances est, au plus tôt, la date de réception du dossier complet, y compris, le cas échéant, les justificatifs et examens complémentaires demandés.

**Au cours du versement de la rente, l'Assuré est tenu d'informer immédiatement APRIL Assurances de l'évolution de son Etat de Dépendance et notamment de la suppression éventuelle de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie.**

De même, chaque année, l'Assuré devra adresser au Médecin conseil d'APRIL Assurances sous pli confidentiel, un certificat médical attestant de la persistance de son Etat de Dépendance et le cas échéant le justificatif de maintien de l'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Cette procédure sera rappelée à l'Assuré par courrier, adressé tous les ans, à la date anniversaire du premier versement de la rente. En cas de non-réception par APRIL Assurances des documents à la date convenue, le versement de la rente sera suspendu et ne reprendra qu'après réception des justificatifs. Les cotisations seront à nouveau prélevées pendant la période de suspension.

#### **Pour le règlement du " Capital Obsèques" :**

Les bénéficiaires doivent adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL Assurances les justificatifs suivants :

- un extrait de l'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical attestant la cause du décès (mort naturelle, accidentelle, ou violente),
- une pièce d'identité attestant de la qualité de bénéficiaire.

#### **Pour la garantie "Soutien Hospitalisation" :**

En cas d'Hospitalisation mettant en jeu les garanties, l'Assuré doit aviser APRIL Assurances dans un délai de 30 jours suivant le début de l'Hospitalisation et adresser les pièces justificatives nécessaires. Il s'engage à communiquer au Médecin Conseil d'APRIL Assurances, toute pièce médicale lui permettant d'apprécier si l'Hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre des garanties et notamment le bulletin d'hospitalisation ou la facture faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours d'hospitalisation.

**Tout sinistre non déclaré dans un délai de 30 jours, est définitivement exclu des garanties si l'Assureur établit que le retard lui a causé un préjudice, sauf si le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.**

#### **Contrôle :**

Au cours du versement de la rente, APRIL Assurances se réserve la faculté de procéder à un contrôle, notamment en faisant examiner l'Assuré par un médecin expert de son choix.

**En cas de refus de se soumettre à ce contrôle sans motif valable, le paiement de la rente pourra être refusé ou suspendu.**



## **7 - Cotisations**

La cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion de l'Assuré, calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance, et du montant de la rente. Les taxes actuelles à la charge des Assurés sont comprises dans la cotisation.

Les cotisations évoluent en fonction de la revalorisation des garanties, tel que précisé à l'article 4 "Revalorisation".

De même, la cotisation peut évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction des résultats du groupe assuré, dans une limite de 10 % par an. Les cotisations sont payables d'avance le premier jour de chaque année, semestre, trimestre ou mois civil, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de 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, l'adhésion sera résiliée ou réduite selon son ancienneté

conformément aux dispositions de l'article 9.5 des présentes.

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

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 des cotisations :**

La cotisation pour l'ensemble des garanties cesse d'être due au premier jour du trimestre qui suit la reconnaissance de l'Etat de Dépendance donnant lieu au versement de la rente et/ou du "Capital Premier frais".

## **8. Exclusions des garanties**

### **Ne sont pas garantis au titre du présent contrat, les sinistres résultant :**

- du fait volontaire ou intentionnel de l'Assuré (tentative de suicide, mutilation),
  - de l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement,
  - des conséquences de la consommation de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux autorisé par le Code de la Route en vigueur à la date du sinistre et les complications physiques ou neuro-psychiatriques d'abus chronique de consommation de boissons alcoolisées.
  - de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'actes de terrorisme dans lesquels l'Assuré a pris une part active, étant précisé que le cas de la légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
  - de la transmutation du noyau atomique.
- Uniquement pour la garantie "Capital Obsèques" :**
- du décès consécutif à un suicide survenu au cours de la première Année d'adhésion.

### **Ne sont pas garantis au titre de la garantie "Soutien Hospitalisation" :**

- les séjours en maison de retraite médicalisée, en établissements thermaux, climatiques et de cures, et toute hospitalisation en long séjour,
- les hospitalisations en section de cure médicale,
- les séjours des personnes qui, de manière irréversible, n'ont plus leur autonomie et dont l'état nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien et notamment les hospitalisations en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées ou en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.



## **9 - Effet, durée et cessation des garanties**

### **9.1 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 l'identification de l'Adhérent et de l'Assuré, ainsi que les garanties et le montant de la rente souscrits.

#### **Délai d'attente :**

Aucun délai d'attente sauf :

- En cas de démence sénile invalidante ou en présence de la maladie d'Alzheimer, où il est égal à trois ans. Ce Délai d'attente peut-être abrogé si l'Assuré justifie lors de son adhésion, par la production d'un certificat de radiation, avoir bénéficié, durant une période minimale de trois ans, d'un contrat garantissant le risque Dépendance, résilié depuis moins de trois mois (décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat). Pour bénéficier de cette abrogation, le contenu et le niveau des garanties souscrits devront être inférieurs ou équivalents à ceux du précédent contrat. A défaut, en cas de démence sénile invalidante ou en présence de la maladie d'Alzheimer pendant le délai de 3 ans suivant la date d'effet de l'adhésion, l'Assuré sera indemnisé dans la limite des garanties du précédent contrat. L'abrogation du Délai d'attente sera mentionnée au Certificat d'adhésion.
- Pour la garantie optionnelle "Soutien Hospitalisation" où un Délai d'attente de trois mois sera appliqué en cas de Maladie.

#### 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 existant 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'Assureur.

#### **9.2 Durée de l'Assurance**

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

#### **9.3 Cessation des garanties**

- En cas de dénonciation de la présente convention par l'Association des Assurés d'APRIL Assurances (dans ce cas, l'Association s'engage à informer les Adhérents à l'avance) ou par l'Assureur à l'échéance annuelle. En cas de résiliation de la convention, l'Assureur s'engage à ce que les adhésions en vigueur à la date de la résiliation continuent à produire leurs effets dans un nouveau contrat ayant les mêmes caractéristiques techniques que la convention résiliée,
- En cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec avis de réception avec un préavis de 2 mois au moins,
- En cas de non-paiement des cotisations, 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, conformément à l'article 7 du présent contrat. Cependant, en cas de cessation du paiement des cotisations, et lorsque l'adhésion a plus de 8 ans, l'Adhérent peut demander à l'Assureur la mise en réduction des garanties conformément aux dispositions du paragraphe 9.5 des présentes,
- Dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire,
- En cas de survenance d'une démence sénile invalidante ou en présence de la maladie d'Alzheimer pendant le Délai d'Attente. Dans cette hypothèse, l'intégralité des cotisations perçues depuis l'adhésion sera remboursée (à l'exclusion des cotisations pour l'option "Soutien Hospitalisation"), sauf s'il est patent que les déclarations à l'adhésion avaient un caractère volontairement frauduleux,
- En cas de décès de l'Assuré,
- Pour l'option "Soutien Hospitalisation", dès la reconnaissance par APRIL Assurances de l'Etat de Dépendance de l'Assuré donnant droit à versement d'un capital ou d'une rente.

#### 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.**

#### **9.4 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 "SERENASSUR" n° ..... que j'ai signé le ..... à ..... (lieu de souscription).

Fait à ..... le ..... signature ....."

La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. 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 est acquise jusqu'à l'envoi du chèque correspondant au montant de la cotisation restitué et au plus tard jusqu'au 30<sup>e</sup> jour de

la date d'effet du contrat.

#### **9.5 Mise en réduction**

En cas d'interruption du paiement des cotisations après 8 ans d'adhésion, l'Adhérent bénéficie du maintien partiel de la garantie prévue en cas de Dépendance Totale (hors "Capital Premier frais").

Le montant de la rente garantie est réduit et sera déterminé en fonction de la durée effective des cotisations de l'Adhérent et du barème en vigueur à la date de la reconnaissance de son état de dépendance. Il tient compte du montant des cotisations versées et des augmentations de garanties, si celles-ci sont en vigueur depuis plus de 8 ans. Les garanties réduites ne sont pas revalorisées. En cas de mise en réduction du contrat, les garanties optionnelles sont résiliées.

## 10 - Changement dans 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).

De même, en cas de survenance d'une démence sénile invalidante ou en présence de la maladie d'Alzheimer pendant les trois premières années d'adhésion, l'Assuré doit en informer APRIL Assurances par écrit. L'adhésion sera résiliée et l'intégralité des cotisations sera remboursée (hors option "Soutien Hospitalisation") conformément à l'article 9.3 des présentes, sous réserve des dispositions de l'article 9.1 "Délai d'attente".

## 11 - Prescription

**Conformément aux articles L.114.1 et L114.2 du code des assurances, toute action dérivant de la présente convention d'assurance et des adhésions à cette convention est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Dans le cadre du versement de la prestation en cas de décès de la garantie "Capital Obsèques", ce délai est porté à dix ans pour les bénéficiaires.**

## 12 - Examen des réclamations

En cas de difficulté 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.

Enfin, si 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 est, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, défini(e) dans le lexique figurant à la fin du présent document.

# SERENASSUR Assistance

Convention d'Assistance

APRIL Assurances met à la disposition des personnes assurées au titre du contrat SERENASSUR, des prestations d'assistance "SERENASSUR Assistance".

Ces prestations d'assistance sont assurées par MUTUAIDE Assistance, SA au capital social de 4 590 000 euros, régie par le Code des assurances, située 8-14 avenue des Frères Lumière 94366 BRY SUR MARNE Cedex, RCS de CRETEIL 383 974 086, dans le cadre d'une convention d'assistance souscrite par APRIL Assurances, S.A. de gestion et de courtage d'assurances au capital de 500 000 euros, RCS Lyon 428 702 419, située 27 rue Maurice Flandin, 69003 LYON.

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles située 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

Cette convention est régie par le Code des assurances et les présentes dispositions.

## 1 - Objet de la garantie

La présente convention d'assistance garantit au Bénéficiaire des prestations d'assistance au Domicile, en cas de dépendance partielle, totale, d'incapacité temporaire consécutive à une Maladie ou un Accident, et en cas de décès du Bénéficiaire ou de l'un de ses proches.

## 2 - Bénéficiaires des garanties

Les personnes physiques assurées au titre du contrat SERENASSUR d'APRIL Assurances, et dont l'adhésion est en vigueur au moment de la mise en jeu des garanties.

## 3 - Date d'effet et cessation des garanties

### Date d'effet :

La date d'effet des garanties correspond pour chacun des Bénéficiaires à la date d'effet des garanties du contrat SERENASSUR. Les garanties s'appliquent aux Accidents et Maladies survenus exclusivement pendant la durée de validité du contrat SERENASSUR. Elles ne couvrent pas les conséquences des Maladies et Accidents survenus avant la date d'effet du contrat.

### Les garanties assistance cessent :

- En cas de dénonciation de la présente convention par APRIL Assurances ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association s'engage à informer chacun des Bénéficiaires à l'avance),
- Pour chacun des Bénéficiaires :
  - à la date où il cesse de bénéficier des garanties du contrat SERENASSUR et quelle qu'en soit la cause,
  - à la date de la mise en réduction des garanties du contrat SERENASSUR pour non paiement de cotisations.

## 4 - Validité territoriale

Les garanties de la présente convention s'appliquent en France Métropolitaine, Corse, Principauté d'Andorre et de Monaco.

## 5 - Modalités de mise en œuvre

SERENASSUR Assistance met à la disposition des Bénéficiaires un service fonctionnant sans interruption 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ce service est accessible depuis la France.

Le Bénéficiaire peut contacter SERENASSUR Assistance par téléphone au numéro de téléphone qui lui sera communiqué lors de l'envoi de son Certificat d'adhésion au contrat SERENASSUR.

**Lors de l'appel, le Bénéficiaire devra communiquer son nom, son numéro d'adhérent et le numéro de la convention indiqués sur le Certificat d'adhésion SERENASSUR.**

**Un numéro de dossier d'assistance sera alors communiqué au Bénéficiaire qui devra le rappeler systématiquement, lors de toute relation ultérieure avec SERENASSUR Assistance.**

Dès la réception de l'appel, après avoir vérifié les droits du deman-

deur, SERENASSUR Assistance organise et prend en charge les prestations prévues dans le cadre de la présente convention.

**ATTENTION! Toute prestation d'assistance doit toujours faire l'objet d'une demande préalable auprès de SERENASSUR Assistance.**

**En tout état de cause, l'assistance qui n'a pas été organisée par SERENASSUR Assistance ou en accord avec elle, ne donne pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une quelconque indemnité compensatrice.**

Les garanties d'assistance ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics ni aux prestations dues par les organismes sociaux ou les employeurs.

SERENASSUR Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

## 6 - Contenu de la garantie

### 6-1 Prestations accessibles dès l'adhésion au contrat SERENASSUR : 6-1-1 APRIL INFOS

APRIL INFOS est un service de renseignements par téléphone qui est à la disposition des Bénéficiaires sans interruption 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les prestations de renseignement et d'information sont fournies aux jours ouvrables, entre 9H00 et 21H00, dans les délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande. Les informations communiquées sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques ni médicales et ne donnent lieu à aucune confirmation écrite.

APRIL INFOS recherche et communique des informations à caractère général dans les domaines suivants :

- Informations "santé" : numéros de téléphone d'urgence, vaccinations, hygiène, prévention, diététique, associations spécialisées, centres de cure, centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence, établissements spécialisés, précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités.
- Informations "habitation" : la construction, l'accession à la propriété, la location, les problèmes de voisinage etc...
- Informations "droit, administration" : les droits du consommateur, la succession, les régimes matrimoniaux, les affaires familiales, les relations avec les administrations, les démarches traditionnelles, papiers officiels, visas...
- Informations "voyages, loisirs" : les différentes activités praticables au niveau de la région, les conditions d'accès aux programmes proposés par les organismes, les associations et autres structures implantées localement dans les domaines culturels, sportifs, du 3<sup>e</sup> âge. Dans le cadre d'un déplacement, programmé ou en cours, APRIL INFOS communique toute information sur les précautions à prendre sur le plan médical (vaccins, traitements particuliers, nourriture...), le climat, la monnaie, les us et coutumes.

### 6.1.2 L'aide à l'organisation de service au Domicile

**Sur demande de l'Assuré, SERENASSUR Assistance organise sans aucune prise en charge financière les services suivants :**

- **Mise en relation avec du personnel médical ou paramédical** : en cas d'absence du médecin traitant, SERENASSUR Assistance peut aider le Bénéficiaire à rechercher un médecin, une infirmière, ou du personnel paramédical. **Les déplacements et honoraires restent à la charge du Bénéficiaire.**
- **Livraison de médicaments** : sur demande du Bénéficiaire ou de son Conjoint, si ce dernier n'est pas en mesure de se déplacer, SERENASSUR Assistance organise, dans la limite des contraintes locales, la livraison de médicaments prescrits. **Le coût de médicaments et de la livraison restent à la charge du Bénéficiaire.**
- **Réservation de place en milieu hospitalier** : sur prescription médicale, SERENASSUR Assistance aide le Bénéficiaire à rechercher, pour une réservation, un établissement hospitalier (spécialisé ou non), un centre d'hébergement temporaire et/ou de longue durée (convalescence, cure, maison de retraite, etc.).
- **Le transfert à l'hôpital et le retour à Domicile** : Si l'état de santé du Bénéficiaire le justifie et sur prescription médicale uniquement, SERENASSUR Assistance organise le transport en ambulance

jusqu'au centre hospitalier approprié le plus proche du Domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à l'établissement indiqué sur la prescription. A l'issue de l'hospitalisation, SERENASSUR Assistance organise le retour au Domicile, si le Bénéficiaire n'est pas en état de se déplacer dans des conditions normales. **Les frais de transport restent à la charge du Bénéficiaire.**

**En aucun cas SERENASSUR Assistance ne peut se substituer aux secours locaux d'urgence tels que, SAMU, SMUR, pompiers, etc.**

- **Mise en relation avec une aide ménagère** : sur demande du Bénéficiaire ou de son Conjoint, SERENASSUR Assistance organise la venue d'une aide ménagère. **Les frais engagés restent à la charge du Bénéficiaire.**

#### 6.1.3 Mise en relation avec des services de proximité

A la demande du Bénéficiaire ou de son Conjoint, SERENASSUR Assistance organise la mise en relation avec les entreprises de proximité susceptibles de réaliser des travaux ou dépannages dans les domaines suivants :

- Dépannage serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie...,
- Petit bricolage (changement de fusibles, d'ampoules...),
- Petit jardinage (tondre la pelouse, couper une haie...),

**SERENASSUR Assistance ne prend pas en charge le coût des interventions qui sont réglées directement par le Bénéficiaire au prestataire.**

### 6-2 Prestations accessibles en cas d'incapacité temporaire du Bénéficiaire

Ces prestations sont accessibles au Bénéficiaire, qui, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, se trouve en état d'incapacité temporaire l'empêchant d'exercer son activité habituelle et qui entraîne :

- soit, son immobilisation à Domicile, suite à Hospitalisation ou non, pour une durée d'au moins 7 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées,
- soit, son Hospitalisation dans un établissement de soins public ou privé pour une durée d'au moins 7 jours consécutifs, non prescrite médicalement plus de 3 jours à l'avance, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation ou le traitement médical ou chirurgical d'une Maladie ou de lésions résultant d'un Accident ou d'une Maladie.

Le bénéficiaire devra communiquer au service médical de SERENASSUR Assistance un Certificat médical descriptif.

**Ces prestations trouvent leur application dans la limite d'une fois par Année d'adhésion.**

#### 6.2.1 Visite d'un proche

SERENASSUR Assistance organise et prend en charge, à la demande du Bénéficiaire ou celle de son Conjoint, la venue d'une personne qu'il aura désignée et résidant en France métropolitaine, pour se rendre à son chevet et lui apporter une aide au quotidien.

SERENASSUR Assistance prend en charge le transport aller/retour de cette personne sur la base d'un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique, et ses frais d'hébergement (hôtel ou frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant dans l'établissement hospitalier) à concurrence de 46 euros TTC par nuit pendant 10 nuits maximum.

**Les frais de restauration restent à la charge de cette personne. Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie "Aide ménagère" et "Livraison de médicaments".**

#### 6.2.2 Aide ménagère

SERENASSUR Assistance organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère pour aider aux tâches de la vie quotidienne dès le premier jour de l'Hospitalisation ou bien dès le retour au Domicile.

La prise en charge ne peut excéder 20 heures au total à raison de 2 heures consécutives minimum par jour, du lundi au vendredi (hors jours fériés) et dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00.

Cette garantie est accordée au plus tard dans les 48 heures qui suivent la sortie de l'hôpital. Elle est également accordée en cas d'immobilisation du Bénéficiaire au Domicile, pour une durée d'au moins 7 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées, que cette immobilisation fasse suite à une Hospitalisation ou non.

**Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie "Visite d'un proche" et "Livraison de médicaments".**

#### 6.2.3 Garde des animaux domestiques

SERENASSUR Assistance organise et prend en charge :

- soit le transport et la garde des petits animaux domestiques du Bénéficiaire pendant 8 jours maximum dans une pension animalière, à concurrence de 230 euros TTC par événement, quel que soit le nombre d'animaux concernés.

Cette prestation de service est soumise aux conditions de transport, d'accueil et d'hébergement exigées par les prestataires et chenils sollicités par SERENASSUR Assistance (vaccinations à jour, caution...). Elle sera rendue sous réserve que le Bénéficiaire ou une personne autorisée par lui puisse accueillir, chez le Bénéficiaire, le prestataire sollicité afin de lui confier l'animal.

**Les frais de retour des animaux domestiques au Domicile ne sont pas pris en charge.**

- soit le transport aller/retour des animaux chez un parent ou ami désigné par le Bénéficiaire et résidant dans un rayon de 50 kilomètres.

**Les frais de garde, de nourriture et de cage des animaux restent à la charge du Bénéficiaire.**

### 6-3 Prestations accessibles dès que le Bénéficiaire se trouve en Etat de Dépendance Partielle ou Totale

#### 6.3.1 Bilan Ressources

Cette prestation est accessible dès lors que le Bénéficiaire se trouve dans l'incapacité définitive d'accomplir seul, sans l'assistance d'une tierce personne, certains actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, s'alimenter, se déplacer, se lever et se coucher).

SERENASSUR Assistance organise et prend en charge l'intervention par téléphone d'une personne compétente pour aider, le Bénéficiaire ou ses proches, à faire le point sur ses ressources, sur les différentes aides auxquelles il peut prétendre et sur les démarches à effectuer pour les obtenir.

#### Mise en œuvre des recommandations :

En fonction des conclusions du bilan initial précité, le service d'accompagnement social de SERENASSUR Assistance aide à prendre les contacts utiles avec les organismes suivants :

- Sécurité sociale
- Mutuelle complémentaire
- Allocations familiales
- Caisses de retraite
- Collectivités (Mairies, Conseils Généraux...)

Par ailleurs, SERENASSUR Assistance missionne le cas échéant une aide ménagère de son réseau et organise sa présentation à l'intéressé. SERENASSUR Assistance s'engage à faciliter, autant que faire se peut, la nomination d'une personne agréée recommandée par le Bénéficiaire.

**Cette prestation ne trouve son application qu'une seule fois pendant la vie du contrat.**

#### 6.3.2 Aménagement de la maison

Cette prestation est subordonnée à l'ouverture auprès d'APRIL Assurances d'un dossier d'indemnisation au titre des garanties Dépendance Totale ou Dépendance Totale et Partielle du contrat SERENASSUR.

SERENASSUR Assistance se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire communication de tout justificatif qu'il estimera nécessaire. SERENASSUR Assistance organise et prend en charge dans la limite de 450 € TTC, l'intervention d'un professionnel (ergothérapeute, etc.) pour conseiller le Bénéficiaire et ses proches, sur l'aménagement du Domicile.

**Les frais d'aménagement du Domicile restent à la charge du Bénéficiaire.**

**Cette prestation ne trouve son application qu'une seule fois pendant la vie du contrat.**

#### 6.3.3 Téléassistance des Personnes

La mise en œuvre de cette prestation est subordonnée aux mêmes conditions que celles prévues au 6.3.2.

SERENASSUR Assistance organise et prend en charge dans la limite de 150 € TTC, l'installation d'un dispositif de téléassistance au Domicile du Bénéficiaire.

**Le coût de l'abonnement reste à la charge du Bénéficiaire.**

**Cette prestation ne trouve son application qu'une seule fois pendant la vie du contrat.**

### 6-4 Prestations accessibles dès lors que le Bénéficiaire est placé de façon définitive dans un établissement spécialisé.

#### 6.4.1 Organisation en cas de déplacement définitif dans un établissement spécialisé

SERENASSUR Assistance met tout en œuvre pour aider le Bénéficiaire

dans la recherche d'un établissement spécialisé susceptible de l'accueillir. Autant que de besoin, SERENASSUR Assistance peut organiser le transfert dans cet établissement spécialisé.

**Les frais de transport restent à la charge du Bénéficiaire.**

#### 6.4.2 Aide au déménagement

SERENASSUR Assistance peut rechercher et communiquer au Bénéficiaire les coordonnées d'une entreprise de déménagement susceptible de transférer ses biens pour libérer son logement.

**Les frais de déménagement restent à la charge du Bénéficiaire.**

#### 6.4.3 Transmission de message

Le Bénéficiaire doit être placé de façon définitive dans un établissement spécialisé et être dans l'impossibilité de prévenir ses proches. SERENASSUR Assistance peut transmettre un message à l'un des proches. Les messages transmis restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés, et n'engagent qu'eux, SERENASSUR Assistance ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

#### 6.4.4 Visite d'un proche

A l'occasion du transfert du Bénéficiaire dans un établissement spécialisé, SERENASSUR Assistance organise et prend en charge, à la demande du Bénéficiaire ou celle de son Conjoint, la venue d'une personne désignée par lui et résidant en France métropolitaine, pour se rendre à votre chevet et lui apporter une aide au quotidien.

SERENASSUR Assistance prend en charge le transport aller/retour de cette personne sur la base d'un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique, et ses frais d'hébergement (hôtel ou frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant dans l'établissement hospitalier) à concurrence de 50 euros TTC par nuit pendant 2 nuits maximum.

**Les frais de restauration restent à la charge de cette personne.**

### 6.5 – Prestations en cas de Décès du Bénéficiaire ou d'un de ses proches

#### 6.5.1 Soutien psychologique

Ces garanties sont accessibles dès lors que le Bénéficiaire (ou un membre de la famille en cas de décès du Bénéficiaire) se trouve dans une situation d'angoisse brutale et grave suite à un décès, et a besoin d'une assistance psychologique d'urgence.

Pour que cette prestation soit assurée, le Bénéficiaire doit prendre contact avec SERENASSUR Assistance dans un délai maximal de quinze jours suivant l'événement traumatisant, et communiquer les coordonnées de son médecin traitant.

Dès réception de l'appel, SERENASSUR Assistance met tout en œuvre, sous réserve que l'état de santé du Bénéficiaire le permette et après avis du médecin de SERENASSUR Assistance, pour organiser une assistance psychologique d'urgence dans les trente jours qui suivent l'appel. Dans tous les cas, la décision d'assistance psychologique d'urgence appartient exclusivement au médecin de SERENASSUR Assistance, éventuellement après contact et accord du médecin traitant.

Cette assistance est réalisée par un psychologue et comprend l'organisation et la prise en charge des entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien. Le nombre total d'entretiens téléphoniques ne peut être supérieur à 4 médiations par Bénéficiaire et par événement. Les psychologues de SERENASSUR Assistance, tous titulaires d'un DESS de psychologie clinique, répondent à l'appel qui leur est fait, grâce à une écoute professionnelle, non orientée, non compatissante. L'écoute psychologique n'est pas une simple écoute. Le professionnel entend autrement le discours qu'on lui adresse. Il comprend les tenants et les aboutissants inconscients d'un tel discours et peut, grâce aux mots ou aux silences qu'il perçoit, permettre à l'appelant de comprendre le sens de ce qu'il énonce. Le sens, c'est l'implication d'une personne dans une situation donnée, les bénéfices qu'elle peut paradoxalement en tirer, les freins qu'elle met à voir la situation s'arranger.

#### Exclusions

- L'appel dans un délai supérieur à quinze jours suivant l'événement traumatisant,
- La tentative de suicide,
- Les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et alcools.

#### 6.5.2 Informations Pratiques

En cas de décès, SERENASSUR Assistance met le Bénéficiaire (ou un membre de la famille en cas de décès du Bénéficiaire) en relation avec tout prestataire ou organisme susceptible de répondre à une demande de renseignements sur les thèmes suivants :

- **Le décès** : le décès à l'hôpital, à domicile, les morts particulières, la constatation du décès, les prélèvements d'organes, les dons d'organes, la conservation et le transport du corps, les chambres funéraires.
- **Les obsèques** : les sociétés de pompes funèbres et de marbrerie funéraire, l'organisation des pompes funèbres en France, la préparation des obsèques, la toilette du défunt, le choix du cercueil et des accessoires, les voitures funéraires, les concessions, la crémation, les différents rites et cérémonies religieuses.
- **Les démarches immédiates** : le règlement des frais d'obsèques, l'aposition des scellés, le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt (règles applicables et démarches à effectuer), les formalités auprès des organismes (administration fiscale, caisses de retraite, employeurs, établissements financiers, Sécurité Sociale,...).
- **La succession** : le règlement de la succession : les options offertes aux héritiers et leurs conséquences (acceptation de la succession, acceptation sous bénéfice d'inventaire) ; les règles de répartition de la succession : l'ordre de succession, les modalités d'attribution etc. Ce service de renseignement est à la disposition du Bénéficiaire, du lundi au samedi, de 9h00 à 21h00, hors jours fériés. Le rôle de SERENASSUR Assistance se limite à fournir des adresses et des numéros de téléphone. Il appartient au Bénéficiaire de sélectionner le prestataire de son choix et de négocier avec lui les conditions de son intervention. En aucun cas, SERENASSUR Assistance ne pourra se porter garant de la qualité des soins dispensés et voir sa responsabilité engagée à ce titre. **Sont exclues toutes prises en charge de frais, rémunérations de services ou de prestations, de même que toutes avances de fonds.**

## 7 - Exclusions des garanties assistance

**Ne sont pas garantis au titre du présent contrat assistance, les sinistres résultant :**

- d'une Hospitalisation ou d'une immobilisation du Bénéficiaire d'une durée inférieure à 7 jours consécutifs,
- des états de grossesse, à moins d'une complication imprévisible, et dans tous les cas, les états de grossesse au-delà du 6<sup>ème</sup> mois,
- de l'accouchement ou ses suites à moins d'une complication imprévisible,
- des conséquences de soins néo et post-natals,
- des événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel,
- des Maladies chroniques et l'invalidité ou infirmité préexistantes, et des Maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une Hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- des Maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers), ainsi que les Maladies ou déficiences mentales,
- de l'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, ainsi que l'abus d'alcool,
- du suicide ou la tentative de suicide, toute mutilation volontaire du Bénéficiaire,
- des prestations qui n'ont pas été demandées et/ou qui n'ont pas été organisées par SERENASSUR Assistance ou avec son accord,
- des conséquences et/ou dommages survenant dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes,
- des conséquences et/ou dommages résultant d'infractions à la législation française ou étrangère,
- de l'utilisation par le Bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre et armes à feu,
- des dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'art. L 113-1 du Code des Assurances,
- des conséquences des faits de grève.

**Déchéance des garanties :**

Le non respect par le Bénéficiaire de ses obligations envers l'organisme assureur en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tel que prévu à la présente convention.

## 8 - Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'organisme assureur ne peut en aucun cas être

engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

## 9 - Subrogation

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

## 10 - Informatique et libertés

Les Adhérents et Assurés sont protégés par la loi Informatique et Libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978). En effet, ils peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage d'APRIL Assurances, de l'organisme assureur, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : APRIL Assurances, 27, rue Maurice Flandin, 69003 LYON.

# Lexique

**Chaque terme ou expression mentionné (e) dans les conditions générales SERENASSUR et la Convention d'Assistance a, lorsqu'il ou elle est employé (e) avec une majuscule, la signification suivante :**

**Accident :** Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et violente d'une cause extérieure, dont l'Assuré est victime au cours de son adhésion.

**Adhérent :** Personne qui adhère à la présente convention de groupe.

**Animal familial :** Animal domestique (chien, chat, oiseau exclusivement, sous réserve que l'animal ait reçu les vaccinations obligatoires).

**Année d'adhésion :** Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties.

**Assuré :** Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance.

**Bénéficiaire (au sens de la Convention d'assistance) :**

Toute personne assurée au titre du contrat "SERENASSUR" et dont l'adhésion est en vigueur.

**Certificat d'adhésion :** Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion au contrat SERENASSUR et qui précise les garanties souscrites, le niveau choisi et le numéro de téléphone pour contacter SERENASSUR Assistance.

**Certificat médical descriptif (au sens de la Convention d'assistance) :** Document justifiant et prouvant l'Hospitalisation ou l'immobilisation d'un Bénéficiaire au Domicile. Il est complété à la fois par le médecin qui atteste de l'incapacité et par le Bénéficiaire qui complète la partie administrative.

**Conjoint (au sens de la Convention d'assistance) :** L'époux ou l'épouse du Bénéficiaire, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité non dissout à la date du Sinistre ou son concubin.

**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.

**Domicile (au sens de la Convention d'assistance) :** Le lieu de résidence principale du Bénéficiaire.

**Etat de Dépendance :** L'Assuré est considéré en Etat de Dépendance lorsque la perte définitive d'autonomie lui rend impossible sans l'aide d'un tiers la réalisation de certaines activités ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter et se déplacer).

Selon l'importance de la perte d'autonomie, l'Assuré sera classé parmi l'un des Groupes Iso-Ressources (GIR) tels que décrits par le Syndicat National de Gérontologie Clinique dans l'arrêté du 28 avril 1997 de la loi sur la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) ci-après définis.

L'Etat de Dépendance de l'Assuré est constaté par le Médecin Conseil d'APRIL Assurances ou si nécessaire par expertise médicale. La date de reconnaissance de l'état de dépendance est, au plus tôt, la date de réception du dossier complet, y compris les examens médicaux complémentaires demandés par APRIL Assurances.

Pour l'application du présent contrat, on parlera de Dépendance Totale pour les personnes relevant des GIR 1 et GIR 2, et de Dépendance Partielle pour les personnes relevant des GIR 3 et GIR 4.

**GIR 1 :** Le stade GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou dans un fauteuil, dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants

**GIR 2 :** Le Stade GIR 2 correspond :

- aux personnes confinées au lit ou dans un fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas altérées, mais qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités ordinaires de la vie.

- Ou aux personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement est possible, mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits, ou faits partiellement.

**GIR 3 :** Le stade GIR 3 correspond aux personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle

**GIR 4 :** Le stade GIR 4 correspond :

- aux personnes qui n'assument pas seules le transfert, mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage

- aux personnes n'ayant pas de problème pour se déplacer, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

**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.

**Maladie :** Altération de la santé constatée par une autorité médicale pendant la période de garantie

**Maladie chronique :** Maladie qui évolue lentement et se prolonge

**Maladie grave :** Maladie mettant en jeu le pronostic vital

**SERENASSUR Assistance :** La gestion et la garantie des prestations "SERENASSUR Assistance" est confié à MUTUAIDE ASSISTANCE.

**SERENASSUR Assistance organise :** SERENASSUR Assistance accomplit les démarches nécessaires pour avoir accès à la prestation.

**SERENASSUR Assistance prend en charge :** SERENASSUR Assistance supporte le coût de la prestation.

### Cachet de l'assureur Conseil



#### Siège social,

27 rue Maurice Flandin - BP 3261

69403 Lyon Cedex 03

Fax 04 78 53 65 18 - Internet [www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A. de courtage en assurances à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 500 000 € - Inscrite sur la liste ALCA - 428 702 419 RCS LYON.  
Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-7 et L512-6 du Code des Assurances.

P R É V O Y A N C E

*Prévoyance*



(**Serenassur**)

*Seniors*

L'assurance d'une autonomie financière préservée

Questionnaire Dépendance - 2007

- Des garanties évolutives selon votre état de dépendance
- Prise en charge de la dépendance totale et partielle
- Un soutien au quotidien dès l'adhésion, un accès privilégié à des services de télé-assistance
- Garantie viagère



**april**  
ASSURANCES

Madame, Monsieur,

La souscription au contrat Serenassur nécessite des formalités médicales complémentaires, afin de préciser une ou plusieurs des déclarations que vous venez de faire dans le questionnaire de santé.



Toutes les rubriques de ce questionnaire dépendance doivent être complétées par votre médecin traitant afin que celui-ci puisse être analysé par un Médecin-Conseil.

## L'assureur-conseil

Assuré(e) : Nom : ..... Prénom : .....

<b>Cachet de l'assureur-conseil</b> n° : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---

**Les frais d'examens médicaux que vous engagez seront remboursés par APRIL Assurances une fois l'adhésion effective.**

**Ils seront également remboursés dans les cas suivants :**

- En cas de refus de la part d'APRIL Assurances,
- En cas de proposition d'adhésion sous conditions de la part d'APRIL Assurances.

**En revanche, les frais resteront à votre charge dans les cas suivants :**

- Les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Assurances,
- Vous ne donnez pas suite à votre demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.

## Note d'honoraires

- Remboursement à l'assuré  
 Honoraires dus à M. le Docteur .....

Adresse : .....

Précisez le mode de paiement désiré : .....

Pour l'examen de M. .... Euros .....

Le présent questionnaire dépendance ne fera l'objet d'un remboursement par APRIL Assurances que si le proposant a répondu oui à au moins une des questions du questionnaire de santé.

Date, cachet et signature

L'assurance d'une autonomie financière préservée

**Ce document confidentiel doit être complété par le médecin traitant avec le concours du proposant. Il devra être retourné par le proposant sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil d'APRIL Assurances.**  
**Ce questionnaire est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions peut entraîner un refus de la demande d'adhésion au contrat.**  
 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 dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances  
 27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 Lyon Cedex 03.

**Assuré(e)** M.  Mme  Mlle  Nom : ..... Prénom : .....  
 (Proposant) Date de naissance :            
 N° et Nom de l'Assureur Conseil : .....

Docteur ..... agissant en qualité de médecin traitant de  
 M. .... depuis le .....

**Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.**  
**Pour toute réponse affirmative, veuillez apporter les précisions complémentaires demandées.**  
 Pour accélérer l'étude du dossier, le proposant peut joindre à ce questionnaire toute copie de documents médicaux qui serait nécessaire.

<b>1</b>	Veuillez indiquer pour le proposant : Sa Taille : ..... cm Sa pression artérielle : ..... / ..... Son Poids : ..... kg <input type="checkbox"/> traitée <input type="checkbox"/> non traitée	
<b>2</b>	Est-ce que le proposant est pris en charge à 100% par la Sécurité sociale (ou régime assimilé) ou une demande est-elle prévue ou en cours ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand ? ..... Motif ? ..... .....
<b>3</b>	Est-ce que le proposant bénéficie d'une pension d'invalidité supérieure ou égale à 10% ou une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand ? ..... Motif ? ..... Taux d'invalidité ( <b>précisez à titre civil ou militaire</b> ) : .....
<b>4</b>	Est-ce que le proposant doit subir prochainement des examens médicaux, un traitement médical ou être hospitalisé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  <b>Si le proposant n'est pas retraité ou préretraité :</b> est-il actuellement en arrêt de travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Quand ? ..... Motif(s) ? ..... ..... Depuis quand ? ..... Motif ? ..... Date de reprise prévisible ? .....
<b>5</b>	<b>Si le proposant était en activité au cours des 5 dernières années :</b> a-t-il dû interrompre son travail pour plus de 3 semaines consécutives ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  Est-ce que le proposant consomme quotidiennement des boissons alcoolisées ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  Est-il fumeur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Quand ? ..... Durée de chaque arrêt ? ..... Motif ? .....  Quantités journalières ? .....  Quantités journalières ? ..... Depuis quand ? .....  Dates - Durée - Motifs - Résultats ? ..... .....
<b>6</b>	<b>Au cours des 5 dernières années :</b> Le proposant a-t-il : • effectué des séjours en milieu hospitalier ou assimilé de plus de 5 jours ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  • subi des examens médicaux (en dehors de la médecine du travail) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  • suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie, ... ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... ..... ..... ..... ..... .....

7	Est-ce que le proposant suit actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lequel ? .....
	Le proposant est-il atteint d'une maladie :		Motif ? .....
	• de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quelle date ? .....
	• de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Diagnostic - Date de survenue - Signes fonctionnels actuels ?
	• de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• du système nerveux ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• de l'appareil génito-urinaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
8	• endocrinienne ou métabolique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• neuropsychique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• ophtalmologique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• tumorale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	• des os et des articulations ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
	ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
			.....

CONFIDENTIEL



**Merci de joindre à ce questionnaire toute copie de documents médicaux qui serait nécessaire.  
Envoyez-les sous pli confidentiel au Médecin conseil d'APRIL Assurances  
27 rue Maurice Flandin  
BP 3343  
69403 LYON Cedex 03**



**Siège social,**  
27 rue Maurice Flandin - BP 3261  
69403 Lyon Cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet [www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A. de courtage en assurances à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 500 000 € - Inscrite sur la liste ALCA - 428 702 419 RCS LYON.  
Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-7 et L512-6 du Code des Assurances.