

P R É V O Y A N C E

*Prévoyance*



# ( Protection ) *Tempo*

*Toutes Cibles*

La protection de la famille et de l'entreprise  
en toute simplicité

Demande d'Adhésion et Conditions Générales - 2006/2007

- Jusqu'à 500 000 euros de capital garanti
- Réduction pour les non-fumeurs
- Tarif très avantageux pour les femmes
- Formalités médicales simplifiées
- Capital non soumis aux droits de succession

**april**  
ASSURANCES

### MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° adhérent :

nouvelle adhésion  avenant\*  fax transmis le :

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

Adhérent(e) M.  Mme  Mlle  Société

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal :      Ville : .....

Assuré(e) M.  Mme  Mlle

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal :      Ville : .....

Situation de famille : .....

Assuré(e) né(e) le :

Nombre d'enfants à charge :

Tél. domicile :

Tél. (autre) :

E-mail : .....

Profession exacte de l'assuré(e) : .....

Secteur d'activité : .....

Régime obligatoire  Salarié  TNS  Exploitant agricole

Durée de souscription  < 3 ans  3 ans

Bénéficiaires en cas de décès :

**pour la Prévoyance Familiale**

mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) .....

....., à défaut mes héritiers par parts égales

**pour la Prévoyance protection Homme-Clé**, indiquez le nom et l'adresse de l'entreprise : .....

**pour la Prévoyance Protection Associés**, indiquez les nom, prénom, date de naissance de chaque associé : .....

S'agit-il d'une assurance souscrite conjointement avec votre époux(se) ou votre concubin(e) ?  Oui  Non

Si oui, nom et prénoms du conjoint/concubin(e) .....

Nature de l'adhésion	Protection Homme-clé	Protection Associés	Prévoyance familiale	Total
Capital en euros	..... €	..... €	..... €	= ..... €

Cotisation quinquennale  Non  Oui je rajoute 3 ans à mon âge dans le tableau des cotisations.

Garantie(s) souscrite(s) (1)	Capital garanti	Taux cotisation	Réduction non-fumeur -20 % (2)	Calcul de votre cotisation TTC
<input checked="" type="checkbox"/> Décès/Invalidité Absolue et Définitive (maxi : 500 000 €) DC	..... €	x ..... %	<input type="checkbox"/> oui x 0,80 = ..... €	= ..... €
<input type="checkbox"/> Invalidité Permanente et Totale (maxi : 305 000 €) IP	..... €	x ..... %	<input type="checkbox"/> non	= ..... €
<input type="checkbox"/> Doublement du capital en cas d'accident (maxi : 500 000 €) DA	..... €	x 0,10 %		= ..... €

Je choisis mon mode de paiement (1)			Ma cotisation annuelle totale	
<b>Périodicité</b>	<b>Prélèvement automatique</b>	<b>Chèque</b>		
Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	Frais d'échéance	+ ..... 2,50 €
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	Droit d'adhésion (3)	+ ..... 20,00 €
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/trim	impossible		
Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/mois (4)	impossible		

Je verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte de 45 € minimum

**Ajustement : je souhaite l'indexation annuelle des cotisations ainsi que des garanties sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale**  Oui  Non

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  .

La date d'effet souhaitée      (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 d'AXERIA prévoyance 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 PTO 06-09/06, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus. Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. 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."

le

Fait à

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil	La signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"	La signature de l'assuré précédée de la mention "lu et approuvé"
--	--	--



# Conditions générales

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 AXERIA prévoyance (Compagnie d'assurance vie au capital de 15 000 000 euros, 83/85 boulevard Vivier Merle, 69487 Lyon cedex 03, RCS Lyon 350 261 129), 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 assureur est l'Autorité de Contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM), située 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Cette convention est régie par le code des assurances, les présentes conditions générales et les Certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

## 1. Objet

L'adhésion à la présente convention, garantit le versement au Bénéficiaire, en fonction des garanties souscrites, d'un capital en cas de décès, d'Invalidité Absolue et Définitive et d'Invalidité Permanente Totale de l'Assuré, consécutif à une Maladie ou à un Accident garanti. Le montant des garanties et options souscrites sont indiqués au Certificat d'adhésion.

## 2. Qui peut être assuré ?

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

- résider en France continentale,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de son 64<sup>e</sup> anniversaire pour les garanties Décès, Décès par Accident,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de son 59<sup>e</sup> anniversaire pour les garanties Invalidité Absolue et Définitive et Invalidité Permanente Totale,
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat.

Les proposants résidant en Corse ou dans un Département d'Outre Mer, ne peuvent souscrire que la garantie Décès / I.A.D.

## 3. Contenu des garanties

### 3.1 Garantie Décès :

En cas de décès de l'Assuré dû à un Accident ou à une Maladie intervenant durant la période de validité de l'adhésion, APRIL Assurances verse au Bénéficiaire, le capital garanti dont le montant est précisé sur le Certificat d'adhésion.

Le capital souscrit lors de l'adhésion doit être multiple de 1 000 euros et compris entre 15 000 euros et 500 000 euros.

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

En cas d'I.A.D de l'Assuré due à un Accident ou une Maladie, intervenant durant la période de validité de l'adhésion, APRIL Assurances verse au Bénéficiaire par anticipation, le montant du capital garanti au titre de la garantie Décès.

Pour ouvrir droit à la prestation, il faut que l'état d'I.A.D soit consolidé avant le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré. Le capital n'est pas dû si la Consolidation de l'I.A.D est acquise après le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieure.

La prestation est versée :

- dès que la justification de l'I.A.D a été fournie, si cette invalidité résulte d'un Accident,
- après deux ans de durée continue depuis la date de la justification, si l'I.A.D est due à une Maladie.

**Le paiement du capital décès par anticipation en cas d'I.A.D met fin à l'ensemble des garanties.**

### 3.3 Option facultative « Capital Invalidité Permanente Totale (I.P.T) » :

En cas d'I.P.T de l'Assuré due à un Accident ou à une Maladie, intervenant durant la période de validité de l'adhésion, APRIL Assurances verse au Bénéficiaire par anticipation, le montant du capital garanti au

titre de la garantie décès dans la limite de 305 000 euros.

Pour ouvrir droit à la prestation, il faut que l'état d'I.P.T soit consolidé avant le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré. Le capital n'est pas dû si la Consolidation de l'I.P.T est acquise après le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieure.

La prestation est versée :

- dès que la justification de l'I.P.T a été fournie, si cette invalidité résulte d'un Accident,
- après deux ans de durée continue depuis la date de la justification si l'I.P.T est due à une Maladie.

**Le paiement du capital décès par anticipation en cas d'I.P.T met fin à l'ensemble des garanties.**

### 3.4 Option facultative : Capital Supplémentaire en cas d'Accident :

En cas de décès ou d'I.A.D de l'Assuré consécutif à un Accident et ayant ouvert droit respectivement au versement de la prestation prévue au titre de la garantie décès ou I.A.D, APRIL Assurances verse au Bénéficiaire, un capital supplémentaire du même montant que le capital initialement versé au titre de la garantie Décès ou I.A.D dans la limite maximale de 500 000 euros.

Pour ouvrir droit à la prestation, le décès doit intervenir et l'état d'I.A.D doit être constaté, dans les 12 mois qui suivent l'Accident.

**Cette option ne s'applique pas à la garantie « option facultative I.P.T ».**

### 3.5 Option facultative : Ajustement des garanties et des cotisations :

Les cotisations et les garanties décès, I.A.D et I.P.T sont revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, en fonction des variations du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet précédent. Pour la détermination des prestations dues, les sommes assurées sont celles en vigueur le jour du décès ou de l'arrêt de travail.

**Les présentes garanties s'exercent dans le monde entier.**

## 4. Bénéficiaires du capital décès

L'Adhérent désigne les Bénéficiaires dans sa demande d'adhésion. L'Adhérent peut modifier à tout moment sa désignation bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation bénéficiaire peut être faite sous seing privé (ex : lettre) ou par acte authentique (ex : testament chez un notaire).

Dans tous les cas, l'Adhérent doit envoyer à APRIL Assurances une lettre datée et signée l'informant de cette nouvelle désignation bénéficiaire.

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

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

### Conséquences de l'acceptation du Bénéficiaire :

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

## 5. Expertise

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté par expertise médicale, en dehors de toute considération du régime obligatoire auquel peut être affilié l'Assuré, par application du barème fonctionnel pour les Assurés

# Conditions générales

valant note d'information

n'exerçant aucune activité professionnelle et, conjointement, du barème fonctionnel et professionnel pour les Assurés exerçant une activité professionnelle.

APRIL Assurances se réserve la faculté de faire expertiser l'Assuré par un médecin de son choix, à tout moment. **Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL Assurances doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état, à défaut le service des prestations sera suspendu ou supprimé.**

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

En cas de contestation, 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 des prestations, les pièces suivantes devront être transmises à APRIL Assurances :

### 6.1 Pour la garantie Décès :

Les Bénéficiaires sont tenus de produire, toutes justifications qu'APRIL Assurances estimera nécessaires tant sur les circonstances du décès que sur les causes. Les frais qui pourront en résulter seront à la charge des bénéficiaires.

Les sommes dues sont payables au domicile du Bénéficiaire, après justification de sa qualité, et fourniture, notamment, des pièces suivantes :

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

### 6.2 Pour les garanties Invalidité :

- copie du livret de famille de l'Assuré,
- un rapport médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré d'invalidité,
- toutes pièces qu'APRIL Assurances estimera nécessaires pour la justification de l'état d'invalidité.

## 7. Cotisations

La cotisation est fonction de l'âge atteint par l'Assuré calculé par différence de millièmes entre l'année en cours et l'année de naissance. Pour une tarification quinquennale, la cotisation évolue le 1<sup>er</sup> janvier du début de chaque période quinquennale. Tous les cinq ans, elle est fonction de l'âge atteint par l'Assuré au 31 décembre de l'année en cours et majorée de 3 ans. Les taxes actuelles à la charge des Assurés sont comprises dans la cotisation. Tout changement de taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

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 dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur 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'Assureur résiliera de plein droit le contrat. En outre, il pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues si la garantie Invalidité Permanente Totale a été souscrite.

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.

## 8. Exclusions de garanties

**Ne sont pas garantis au titre de la garantie décès, les Sinistres résultant :**

- du suicide s'il survient durant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation,
- des conséquences du fait de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante.

**Pour les garanties autres que la garantie décès, ne sont pas garantis au titre du présent contrat, les Sinistres résultant :**

- d'Accidents de navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou une licence périmée. La pratique d'une forme d'aviation ou d'un sport aérien, doit être déclarée, et pourra faire l'objet d'une proposition de tarification adaptée. En cas de non-déclaration ou de refus de la proposition de tarification par l'Adhérent, ces pratiques sont exclues,
- d'acrobaties aériennes, ainsi que les sauts en parachute qui ne sont pas justifiés par une situation critique de l'appareil, le saut en parapente, le vol en deltaplane et en ULM,
- la tentative de suicide, le fait volontaire de l'Assuré ou du Bénéficiaire,
- des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires ou de rixes (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel),
- de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel, ou dans le cadre de compétitions amateurs nécessitant l'usage d'un engin à moteur,
- Il est précisé que la pratique de sports dangereux tels que le bobsleigh, le skeleton, la pêche ou plongée sous-marine avec équipement autonome, le vol à voile, la spéléologie, l'escalade, le saut à l'élastique, doit faire l'objet d'une déclaration, et fera l'objet d'une proposition de tarification adaptée. En cas de non-déclaration ou de refus de la proposition de tarification par l'Adhérent, la pratique de ces sports est exclue,
- d'Accidents qui surviennent lorsque l'Assuré se trouve en état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieure à celui défini par la loi au moment de l'Accident), l'alcoolisme, l'aliénation mentale ou autres troubles fonctionnels manifestes, par exemple ceux provenant de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou d'hallucinogènes,
- de la transmutation du noyau de l'atome, tant par fission ou fusion que par radiations ionisantes ou autres,
- des conséquences de l'accomplissement par l'Assuré de périodes militaires de plus de 30 jours.

## 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.

### 9.2 Note de couverture :

Une garantie provisoire d'un montant maximum de 150 000 euros peut

# Conditions générales

valant note d'information

être accordée en cas de décès consécutif à un Accident à condition que la demande d'adhésion soit accompagnée d'un acompte au moins égal à 45 euros.

Cette garantie prendra fin dès qu'APRIL Assurances aura notifié à l'Adhérent l'acceptation ou le refus de l'adhésion et au plus tard 60 jours à compter de la réception par APRIL Assurances de la demande d'adhésion.

### 9.3 Délai d'attente :

Il est de 3 mois pour toutes les Maladies et affections.

### 9.4 Durée des garanties :

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

En cas de cessation d'activité de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, l'Assureur s'engage à maintenir à l'Assuré, l'intégralité des garanties dont il bénéficiera à la date de cette cessation.

### 9.5 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, BP 3261 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 "PROTECTION TEMPO" n°..... que j'ai signé le ..... à..... (lieu de souscription).

Fait à .....le ..... signature .....

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

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

### 9.6 Cessation des garanties :

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

a) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association ou l'Assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent).

b) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être bénéficiaire,

c) en cas de résiliation par l'Adhérent, à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins,

d) en cas de non-paiement des cotisations (Cf. article 6),

e) lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse ou se trouve en préretraite et au plus tard à son 60<sup>e</sup> anniversaire pour les garanties invalidité ou l'âge de 74 ans pour la garantie décès,

f) à la date de règlement par APRIL Assurances des prestations résultant de la mise en jeu des garanties.

En cas de résiliation par l'Assureur ou l'Association dans les cas énoncés au a), b), l'Assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'Assuré, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de la résiliation.

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

**Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non 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 de l'adhésion.**

**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 son adhésion.**

## 10. Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance sauf,

si les Bénéficiaires du capital en cas de décès sont les ayants droit de l'Assuré où ce délai est porté à 10 ans.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'inter ruption ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assuré ou le Bénéficiaire à APRIL Assurances en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL Assurances à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

## 11. Changement dans la situation de l'assuré

L'Assuré et/ou l'Adhérent doit informer APRIL Assurances par écrit, dans les 90 jours qui suivent tout changement de statut, de situation, de domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

En cas de survenance d'un des événements énoncés ci-dessus et conformément à l'article L113.16 du code des assurances, l'Adhérent et APRIL Assurances ont la faculté de résilier le contrat, cette résiliation prenant effet un mois après que l'autre partie en ait reçue notification.

**En outre, si l'Assuré bénéficie de la réduction tarifaire « non-fumeur », il devra porter à la connaissance de l'Assureur tout changement concernant cet état.**

## 12. Examen des réclamations

En cas de difficultés dans l'application du contrat, il est recommandé à l'Adhérent de s'adresser à son Assureur conseil. Si un différend éventuel persistait après réponse, l'Adhérent pourrait adresser sa réclamation écrite à l'adresse suivante : Service Clients - APRIL Assurances - 27, rue Maurice Flandin - 69403 Lyon cedex 03.

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

## 13. Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus 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 et provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

**Les lumbagos et tours de rein, même d'origine traumatique, les lésions organiques provoquées par un effort, les insulations, congélations et congestions ne sont pas considérés comme dus à un Accident pour l'exécution du contrat.**

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

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

**Bénéficiaire** : Les sommes prévues en cas de décès de l'Assuré sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur la demande d'adhésion. Dans les autres cas, les sommes dues seront payées à l'Assuré lui même.

**Certificat d'adhésion** : Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion à la présente convention de groupe et qui précise pour chacun des Bénéficiaires les garanties souscrites et le niveau choisi.

#### Conjoint :

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

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

**Consolidation** : Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré,

# Conditions générales

valant note d'information

cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

**Délai d'attente** : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au certificat d'adhésion.

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

**Maladie** : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Incapacité Absolue et Définitive (I.A.D)** : L'Assuré est dans l'impossibilité totale et irrémédiable de se livrer à tout travail ou occupation pouvant procurer gain ou profit, et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante : se laver, se nourrir, s'habiller, se déplacer.

**Incapacité Permanente Totale (I.P.T)** : L'Assuré est considéré comme étant en état d'I.P.T si son incapacité est supérieure ou égale à 66 %.

**Sinistre** : Evénement, Maladie ou Accident mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion est en vigueur.

## Annexe - Barème Invalidité

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

Ref. PTO 06 - 09/06



**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.

## 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 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 :

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- 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)



# ( Protection ) Tempo

La protection de la famille et de l'entreprise en toute simplicité

## **Pour souscrire, il vous suffit de :**

Compléter, dater et signer la demande d'adhésion et de la retourner à votre assureur-conseil accompagnée :

- de l'autorisation de prélèvement complétée et signée ainsi que d'un relevé d'identité bancaire ou postal (si vous avez choisi de régler vos cotisations par prélèvement automatique)

## 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.

### A compléter obligatoirement

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal

Ville : .....

Date

### Le débiteur

.....

.....

.....

Signature : .....

.....

.....

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

### Codes

Etablissement

Guichet

N° de compte

Clé RIB

### Le compte à débiter

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal

Ville : .....

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