

P R É V O Y A N C E

Prévoyance



Géométris

Médicaux / Paramédicaux
Professions Libérales

Travailleurs Non Salariés

Une solution globale et flexible
pour les professionnels indépendants

Conditions Générales - 2007

- Des garanties définies selon vos revenus et complétant au plus juste les prestations de votre régime obligatoire
- Une protection complète en cas de décès et d'arrêt de travail pour vous et vos proches



- 40 % de réduction de tarif pour le risque "Accident seul"

Déductibilité Madelin

Invalidité garantie dès 15 % (option réservée aux médicaux)



Souscription possible pour certaines professions à risques

Prise en charge en cas de reprise partielle d'activité
(garantie Protection Intégrale)

april
ASSURANCES

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

a) deux conventions de groupe à adhésion facultative avec AXERIA prévoyance (Compagnie d'assurance vie au capital de 15 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69487 Lyon Cedex 03 RCS Lyon 350.261.129) pour les garanties liées au décès ou à l'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré.

b) une convention de groupe à adhésion facultative avec la mutuelle MEXEM (mutuelle inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 950396911, située 57 boulevard Vivier Merle - immeuble Gemelyon Nord - 69003 LYON) pour les garanties arrêt de travail.

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

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

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

1. Objet

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

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

Ces garanties s'exercent dans le monde entier.

2. Qui peut être assuré ?

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

- exercer une profession libérale,
- avoir sa résidence principale et exercer son activité professionnelle en France continentale,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de son 64^e anniversaire,
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat,
- souscrire au minimum la garantie Décès/IAD ou la garantie Rente Familiale ou la garantie Rente éducation.

Pour le secteur médical, seules les professions libérales suivantes pourront être assurées : médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, vétérinaire, pharmacien et sage-femme.

L'adhésion repose sur les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré et la bonne foi des parties.

3. Contenu des garanties

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

3.1 - Garantie Décès

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

Le montant du capital décès mentionné au Certificat d'adhésion est déterminé en tenant compte du RAD (revenu professionnel annuel net déclaré à l'administration fiscale) de l'Assuré déclaré à l'adhésion ou en cours d'adhésion et du niveau de couverture souscrit, exprimé en pourcentage du RAD.

Les Assurés Créateurs qui sont dans leur première année d'activité peuvent opter pour un RAD **forfaitaire dont le montant ne pourra être supérieur à 34 000 euros.**

Ce capital garanti est versé en une seule fois ou en plusieurs fois sous forme d'une rente viagère dans les conditions définies au 3.8 du présent article.

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

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

Pour ouvrir droit à garantie, l'I.A.D de l'Assuré doit être consolidée avant sa mise à la retraite professionnelle et au plus tard avant son 65^e anniversaire même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Le versement du capital Décès par anticipation en cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré met fin à l'ensemble des garanties souscrites, à l'exception de la garantie Double Effet.

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

Si l'option est souscrite :

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

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

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

3.4 – Garantie Double Effet

Si simultanément au décès ou après le décès ou l'I.A.D. de l'Assuré, le Conjoint de celui-ci décède avant l'âge de 70 ans, ou est atteint d'une I.A.D. avant l'âge de 65 ans, il est versé aux enfants fiscalement à charge du Conjoint à la date du Sinistre, un capital identique à celui versé à l'Assuré ou ses Bénéficiaires suite à son I.A.D. ou son décès, hors doublement en cas d'Accident.

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

3.5 - Garantie Rente Familiale

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

3.6 - Garantie Rente Education

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

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

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

3.7 - Garantie Rente Viagère pour enfant handicapé

Si cette garantie est souscrite, et sous réserve de la production des justificatifs du handicap, en cas de décès de l'Assuré, il est versé à chaque enfant handicapé de l'Assuré désigné au Certificat d'adhésion, une rente annuelle viagère dont le montant figure sur le Certificat d'adhésion.

Est considéré comme enfant handicapé, sans condition d'âge, l'enfant fiscalement à charge de l'Assuré qui répond aux conditions cumulatives suivantes :

- Etre atteint d'une infirmité physique ou mentale l'empêchant de se livrer à une activité professionnelle dans des conditions normales de rentabilité ou, s'il est mineur, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal.
- Percevoir une des allocations prévues par la législation sociale en faveur des handicapés ou remplir les conditions d'attribution des allocations précitées sans les percevoir pour des raisons de conditions de ressources.

Il ne peut être souscrit pour un même enfant, la garantie Rente Viagère pour enfant handicapé et la garantie Rente Education.

3.8 - Garantie Rentes temporaires ou Viagères

A l'adhésion, l'Adhérent peut demander que les garanties énoncées au 3.1, 3.2 et 3.4 soient payées sous forme de rente.

Ainsi, lorsque cette option aura été retenue à l'adhésion, le capital garanti en cas de décès ou d'I.A.D sera obligatoirement payé sous forme de rente. Les caractéristiques de la rente payée aux Bénéficiaires et éventuellement fractionnée entre ceux-ci, seront définies pour chacun des Bénéficiaires.

Il pourra s'agir d'une rente viagère calculée en fonction des tables de mortalité en vigueur au moment du décès, du taux technique maximum autorisé par la réglementation à cette date et de l'âge du Bénéficiaire concerné.

Il pourra s'agir, si le Bénéficiaire est un enfant, d'une rente payable sous condition de vie jusqu'à son 25^e anniversaire selon les mêmes caractéristiques techniques définies précédemment.

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu et les charges de gestion sont fixées à 3 % des arrérages.

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

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

Le montant de l'indemnité journalière souscrite ne doit pas excéder le revenu journalier professionnel calculé à partir du revenu professionnel annuel net tiré de l'activité déclarée à l'adhésion (hors dividendes) et déclaré par l'Assuré à l'administration fiscale, l'année précédant l'adhésion ou son renouvellement. **Dans tous les cas, l'indemnité journalière souscrite par l'Assuré ne pourra pas être supérieure à 300 euros par jour.**

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

Pour l'Assuré Créateur qui est dans sa première année d'activité, le montant de l'indemnité journalière souscrite sera déterminé en fonction du RAD forfaitaire déclaré à l'adhésion et dont le montant ne pourra être supérieur à 34 000 euros. Le montant de l'indemnité journalière souscrit ne pourra donc être supérieur à 93 euros par jour.

L'indemnité est payable par mois échu à partir de la fin de la période de Franchise mentionnée au Certificat d'adhésion.

Constitue un seul et même Sinistre, toute rechute dans les deux mois de la reprise de travail. Dans cette hypothèse, le service des indemnités journalières est repris dès le 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail, sous réserve que l'adhésion au contrat soit en cours.

Selon l'option souscrite à l'adhésion, l'indemnité sera versée jusqu'à la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré, reconnue par un médecin expert désigné par APRIL Assurances et au plus tard au terme de la Durée maximale d'indemnisation indiquée pour chaque option au Certificat d'adhésion.

L'indemnisation au titre de l'incapacité cesse d'être versée dans tous les cas en cas de reprise de travail ou si la rente d'invalidité est mise en service ou à la date de l'admission de l'Assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et, au plus tard à son 65^e anniversaire.

La Durée maximale d'indemnisation s'entend par Sinistre.

Si à l'issue d'une période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ayant donné lieu à indemnisation durant au minimum 2 mois, l'Assuré peut reprendre partiellement son activité professionnelle et qu'il est reconnu médicalement en état d'Incapacité Temporaire Partielle de Travail par un médecin expert désigné par APRIL Assurances, l'indemnité journalière est réduite de moitié. Elle cesse d'être versée au plus tard à l'expiration d'une Durée maximale d'indemnisation de 6 mois à compter de la reconnaissance de l'Incapacité Temporaire Partielle de l'Assuré et au plus tôt à la date de reprise totale de travail par l'Assuré ou à la date de l'admission de l'Assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle ou à son 65^e anniversaire.

3.10 - Garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Si cette garantie est souscrite, l'Assuré en état d'Invalidité Permanente avant l'âge de 65 ans, par suite de Maladie ou d'Accident, a droit au versement de la rente indiquée sur son Certificat d'adhésion.

Le montant de la rente souscrit est déterminé par l'Assuré selon les mêmes modalités que celles prévues pour l'indemnité journalière au 3.9 du présent contrat. Dans tous les cas **la rente mensuelle souscrite par l'Assuré ne pourra être supérieure à 9 000 euros.**

Le montant de la rente versée sera fonction du degré d'Invalidité Permanente.

La rente commence à être servie à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré.

Son montant peut être révisé à tout moment à la hausse ou à la baisse si le degré de l'invalidité se trouve modifié.

La rente cessera d'être versée si le taux d'invalidité devient inférieur à 33%.

Pour les Assurés relevant du secteur médical tels que définis au 2 du présent contrat et ayant souscrit l'option, la rente cessera d'être versée si le taux d'invalidité devient inférieur à 15%.

Dans tous les cas, la rente cessera d'être due à la date de l'admission de l'Assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et au plus tard à son 65^e anniversaire.

La rente invalidité est payable trimestriellement à terme échu.

3.11 - Plafond de garantie

Le cumul des capitaux souscrits pour un Assuré au titre des garanties Décès/I.A.D, Rente familiale, Rente Education et Rente Viagère pour enfant handicapé ne peut être supérieur à 900 000 euros.

3.12 - Ajustement des garanties et des cotisations

Les cotisations et les garanties en cas de décès, d'Invalidité Permanente et d'Incapacité Temporaire de Travail sont ajustées le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la variation du plafond de la Sécurité sociale en vigueur le 1^{er} janvier de l'année précédente.

Pour la détermination des prestations dues, les sommes assurées sont celles en vigueur le jour du décès ou de l'arrêt de travail.

4. Bénéficiaire du capital décès

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

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

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

Lorsque le(s) Bénéficiaire(s) est(sont) nommément désigné(s), l'Adhérent peut porter au contrat les coordonnées de ce(s) dernier(s) 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 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 médicale

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

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

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

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation 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 la garantie Décès

Le décès de l'Assuré doit être notifié à APRIL Assurances dans les plus brefs délais. Le(s) Bénéficiaire(s) est(sont) tenu(s) de produire tous les justificatifs notamment médicaux qu'APRIL Assurances estimera nécessaires tant sur les circonstances du décès que sur ses causes. Les frais qui pourront en résulter seront à la charge du Bénéficiaire. Les sommes dues sont payables au domicile du Bénéficiaire, après justification de sa qualité et fourniture notamment des pièces suivantes :

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

Pour la garantie Rente Familiale :

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

Pour la garantie Rente Viagère pour enfant handicapé

La rente due au titre de cette garantie est payable, trimestriellement à terme échu, au domicile de l'enfant handicapé désigné comme Bénéficiaire, après justification de sa qualité.

Pour la garantie Rente Education

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

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

Pour les garanties Incapacité/Invalidité

En cas d'I.A.D ou d'Invalidité Permanente, l'Assuré doit apporter la preuve de son état dans les deux mois où il en a eu connaissance. L'Incapacité Temporaire de travail doit être déclarée par écrit à APRIL Assurances dans les 5 jours, qui suivent l'arrêt de travail, sauf cas de force majeure. **Passé ce délai, la période de Franchise ne commence à courir, ou les prestations ne sont dues, que du jour de la déclaration. Tout sinistre non déclaré dans un délai de 30 jours qui suit la fin de la Franchise, est définitivement exclu des garanties.**

La déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical indiquant la nature de l'Accident ou de l'affection qui justifie l'incapacité de travail ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état, ainsi que toutes les autres pièces qu'APRIL Assurances estimera nécessaires

pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

En cas de prolongation de l'Incapacité Temporaire Totale ou, en cas d'Incapacité Temporaire Partielle, l'Assuré doit transmettre les certificats médicaux justificatifs dans un délai maximum de 5 jours. **A défaut, le service des indemnités journalières sera interrompu et ne reprendra qu'à la date de réception par APRIL Assurances des certificats médicaux.** Si l'arrêt de travail ou l'invalidité survient à l'étranger, le paiement des prestations ou le début de la période de Franchise ne part que du jour de la première constatation médicale en France.

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

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

7. Plafonnement des prestations

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

Cette disposition ne s'applique pas, la première année d'adhésion, aux Assurés Créateurs dont le montant des prestations a été fixé forfaitairement conformément aux dispositions du présent contrat.

8. Cotisations

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

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

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

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

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

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible immédiatement pour l'année entière conformément au Code. En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

Exonération

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

L'exonération n'est pas accordée en cas de reprise partielle du travail, d'Incapacité Temporaire Partielle ou en cas d'Invalidité Permanente Partielle.

9. Exclusions des garanties

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

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

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

- les faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- la conduite en état d'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du Sinistre),
- les grossesses, les accouchements normaux, les fausses couches, sauf si pour des causes pathologiques les Assurées se trouvent en état d'Incapacité Totale de Travail ; leur congé légal de maternité étant alors déduit de la durée d'Incapacité Totale de Travail en sus de la période de Franchise,
- les troubles d'origine psychique sauf ceux qui font l'objet de soins psychiatriques continus ou répétés, dispensés par un praticien hospitalier,
- les dépressions nerveuses ne sont prises en charge que si elles sont médicalement traitées. Il est toutefois expressément convenu que le montant des prestations à ce titre est limité à un an au cours de la durée du contrat,
- les risques éventuellement mentionnés dans les conditions particulières,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome,
- les cures de toute nature même prescrites médicalement et même effectuées en établissement hospitalier ou lors de séjours en maison de repos,
- la pratique, même en qualité d'amateur, des activités suivantes :
 - tout sport de montagne pratiqué en dehors du domaine balisé et ouvert au public,
 - la spéléologie,
 - le saut à l'élastique,
 - la plongée sous-marine au delà de 20 mètres de profondeur,
 - la navigation maritime à voile au sens de la législation française au delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier, et navigation maritime ne respectant pas la législation française.
- la pratique des activités suivantes est exclue sauf si elle a été déclarée par l'Assuré lors de son adhésion et qu'elle a fait l'objet

d'une proposition tarifaire de l'Assureur acceptée par l'Adhérent :

- la pratique, à titre professionnel et/ou dans le cadre de compétitions amateurs et/ou en tant que membre d'une fédération ou d'un club, d'une activité sportive nécessitant ou non l'usage d'un engin à moteur,
- l'utilisation d'engins aériens privés en qualité de pilote ou passager (sauf passager sur avions de lignes commerciales).

10. Effet, durée et cessation des garanties

10.1 - Date d'effet des garanties

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

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

La garantie est viagère dès l'adhésion dès lors que l'Assuré peut justifier de garanties antérieures de même nature résiliées depuis moins de 3 mois.

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'Organisme assureur.

10.2 - Délais d'attente

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

Un délai d'attente de :

- 90 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une Maladie ou affection.
- 300 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une grossesse.
- 365 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une Maladie mentale.

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

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

10.3 - Durée des garanties

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction au premier janvier de chaque année pour autant que les conventions restent en vigueur.

10.4 - Renonciation

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent. Il peut renoncer à son contrat dans les 30 jours calendaires révolus suivant la date de réception de son Certificat d'adhésion.

Pour cela, il lui suffit d'adresser à APRIL Assurances (27 rue Maurice Flandin, 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 "GEOMETRIS MEDICAUX - PARAMEDICAUX - PROFESSIONS LIBERALES - MODULE PROTECTION INTEGRALE" 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^e jour suivant la date d'effet du contrat.

10.5 - Cessation des garanties

Les garanties du contrat cessent :

- 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,
- en cas de résiliation en cours d'année par l'Organisme assureur dans un délai de deux ans suivant l'adhésion au présent contrat, avec un préavis de deux mois (sauf si la garantie est viagère dès l'adhésion en application des dispositions prévues au 10.1).
- en cas de non-paiement des cotisations, 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, conformément à l'article 8 du présent contrat.
- en cas de dénonciation des présentes conventions par l'Association ou l'Organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent),
- dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire,
- lorsque l'Assuré atteint l'âge de 65 ans pour les garanties I.A.D, Invalidité Permanente et Incapacité Temporaire, et de 70 ans pour les autres garanties;
- à la date à laquelle il cesse d'exercer sa dernière profession déclarée et au plus tard au moment où il est à la retraite.

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

Sanctions en cas de fausse déclaration :

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

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

11. Changement 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) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

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

Si l'Assuré bénéficie de la réduction tarifaire "non fumeur", il devra porter à la connaissance d'APRIL Assurances tout changement concernant cet état.

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

12. Prescription

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

13. Subrogation

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

14. Examen des réclamations

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

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

Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus est, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, défini(e) dans le lexique figurant à la fin des présentes Conditions Générales.

Conditions Générales Frais Généraux Permanents A conserver par l'assuré

Valant note d'information

Il a été conclu entre l'Association des Assurés d'APRIL Assurances (association loi 1901, située BP 313369211 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 située à Largo do Calariz 301 200 LISBONNE et dont la succursale en France, immatriculée au RCS Paris B 413 175 19, 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

L'adhésion à la présente convention garantit à l'Assuré, en fonction de la version choisie et du niveau souscrit, le remboursement de tout ou partie des Frais généraux permanents afférents à son activité professionnelle déclarée et des coûts liés au remplacement de l'Assuré dans sa fonction, suite à une Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, supérieure à la franchise souscrite et consécutive à un Accident garanti pour la version "Accident seul" et suite à un Accident ou une Maladie garanti(e) pour la version "toutes causes" au titre du présent contrat.

Les garanties sont acquises à l'Assuré dans le monde entier.

2. Qui peut être assuré ?

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

- être travailleur non salarié (artisan, commerçant, exploitant agricole, profession libérale),
- avoir sa résidence principale et exercer son activité professionnelle en France continentale,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de son 64^e anniversaire,
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat.

L'adhésion repose sur les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré et la bonne foi des parties.

L'Adhérent et l'Assuré s'engagent à déclarer tout autre contrat d'assurance contracté pour des risques identiques, que ce soit à l'adhésion ou en cours d'adhésion. En aucun cas un Assuré ne pourra être couvert par plusieurs adhésions au présent contrat.

3. Contenu de la garantie

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

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail de l'Assuré due à une Maladie ou un Accident garanti(e) selon la version choisie, il lui est

versé, à l'expiration du délai de Franchise, une indemnité correspondant au montant des Frais généraux permanents encourus pendant la période d'arrêt de travail, majoré des coûts liés à son éventuel remplacement, **sans pouvoir excéder le montant garanti indiqué au Certificat d'adhésion.**

A l'adhésion, l'Assuré choisit le niveau de couverture qu'il estime nécessaire. Le montant de la garantie souscrit ne doit pas excéder 1/12^e du montant des Frais généraux permanents déclaré au dernier bilan comptable connu (ou prévisionnel pour les entreprises en création) majoré des coûts de remplacement de l'Assuré. Ce montant devra être redéfini annuellement à l'initiative de l'Assuré, en fonction de l'évolution du montant des Frais généraux permanents déclarés au dernier bilan comptable. A défaut, le montant maximum garanti est le dernier montant déclaré à APRIL Assurances et indiqué au Certificat d'adhésion.

Les coûts de remplacement correspondent aux frais supplémentaires d'exploitation liés au remplacement de l'Assuré qui fait appel provisoirement à une personne étrangère à son entreprise pour en maintenir l'activité même partiellement.

Si l'Assuré est associé à une ou plusieurs personnes pour l'exercice de son activité professionnelle, l'Assuré devra prendre en considération le montant des Frais généraux permanents lui incombant, proportionnellement à son engagement financier dans la structure dont il dépend. Il pourra ainsi déterminer exactement le montant de la garantie pouvant être souscrite.

Calcul de l'indemnité

Le montant de l'indemnité journalière versé à l'Assuré en cas de Sinistre correspondra à 1/30^e du montant mensuel d'indemnité garanti, indiqué au Certificat d'adhésion, dans la limite de 1/360^e du montant des Frais généraux permanents mentionnés au dernier bilan comptable connu, majoré des coûts journaliers de remplacement effectivement engagés.

ATTENTION : le principe de calcul défini ci-dessus est applicable aux Assurés qui détiennent 100 % de leur société. Dans les autres cas, l'indemnisation s'effectuera proportionnellement à la part détenue.

Durée d'indemnisation

L'indemnité est versée durant la période d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, déduction faite de la Franchise et cesse d'être versée :

- a) dès que l'incapacité de l'Assuré ne répond plus à la définition de l'Incapacité Temporaire Totale de travail,
- b) dès que l'Assuré est reconnu médicalement apte à reprendre son activité même partiellement,
- c) au terme de la Durée maximale d'indemnisation indiquée au Certificat d'adhésion,
- d) à la date de l'admission de l'Assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et, au plus tard à son 65^e anniversaire.

Constitue un seul et même sinistre, toute rechute dans les deux mois de la reprise de travail. Dans cette hypothèse, le service des indemnités journalières est repris dès le 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail, sous réserve que l'adhésion au contrat soit en cours.

4. Ajustement des garanties et des cotisations

Les cotisations et les garanties du présent contrat sont ajustées le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la variation du plafond de la Sécurité sociale en vigueur le 1^{er} janvier de l'année précédente.

5. Expertise médicale

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

En cours d'indemnisation, 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 et de suspension du paiement des prestations en cours, les médecins désignés par APRIL Assurances doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

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

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

L'incapacité de travail doit être déclarée par écrit à APRIL Assurances dans les 5 jours qui suivent l'arrêt de travail, sauf cas de force majeure.

Passé ce délai, la période de Franchise ne commence à courir, ou les prestations ne sont dues, que du jour de la déclaration.

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

La déclaration doit être accompagnée :

- d'un certificat médical indiquant la nature de l'Accident ou de l'affection qui justifie l'incapacité de travail, la date de début et la durée probable de cet état,
- de la copie du dernier bilan comptable certifié connu,
- de tout document justifiant du remplacement de l'Assuré durant la période d'incapacité.

En outre, l'Assuré devra fournir à APRIL Assurances tous les documents qu'elle estimera nécessaires pour la justification de l'état d'incapacité, des Frais généraux permanent et des frais de remplacement.

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

L'indemnité est payable par mois échu à partir de la fin de la période

de Franchise mentionnée au Certificat d'adhésion.

Cependant, si l'incapacité survient hors de France, le paiement des prestations ou le début de la période de Franchise ne part que du jour de la première constatation médicale en France. En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré, hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un Sinistre.

7. Cotisations

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

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

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

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

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

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

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. Exonération

L'Assuré qui perçoit de l'Assureur des indemnités journalières est exonéré du paiement des cotisations relatives aux garanties du présent contrat. Cette exonération cesse dès que l'Assuré ne perçoit plus d'indemnité de la part de l'Assureur.

9. Exclusions de garanties

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

- les conséquences du fait de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante,
- les Maladies ou Accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de la personne bénéficiaire,
- les faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- la conduite en état d'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du Sinistre),
- les grossesses, les accouchements normaux, les fausses couches, sauf si pour des causes pathologiques les Assurées se trouvent en état d'Incapacité Totale de Travail ; leur congé légal de maternité étant alors déduit de la durée d'Incapacité Totale de Travail en sus de la période de Franchise,

- les troubles d'origine psychique, sauf ceux qui font l'objet de soins psychiatriques continus ou répétés, dispensés par un praticien hospitalier,
- les dépressions nerveuses ne sont prises en charge que si elles sont médicalement traitées. Il est toutefois expressément convenu que le montant des prestations à ce titre est limité à un an au cours de la durée du contrat,
- les risques éventuellement mentionnés dans les conditions particulières,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome,
- les cures de toute nature même prescrites médicalement et même effectuées en établissement hospitalier ou lors de séjours en maison de repos.
- La pratique, même en qualité d'amateur, des activités suivantes :
 - tout sport de montagne pratiqué en dehors du domaine balisé et ouvert au public,
 - la spéléologie,
 - le saut à l'élastique,
 - la plongée sous-marine au delà de 20 mètres de profondeur,
 - la navigation maritime à voile au sens de la législation française au delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier, et la navigation maritime ne respectant pas la législation française.
- La pratique des activités suivantes est exclue sauf si elle a été déclarée par l'Assuré lors de son adhésion et qu'elle a fait l'objet d'une proposition tarifaire de l'Assureur acceptée par l'Adhérent :
 - la pratique, à titre professionnel et/ou dans le cadre de compétitions amateurs et/ou en tant que membre d'une fédération ou d'un club, d'une activité sportive nécessitant ou non l'usage d'un engin à moteur,
 - l'utilisation d'engins aériens privés en qualité de pilote ou passager (sauf passager sur avions de lignes commerciales).

10. Effet, durée et cessation des garanties

10.1 - Date d'effet des garanties

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

La garantie est viagère dès l'adhésion dès lors que l'Assuré peut justifier à l'adhésion de garanties antérieures de même nature résiliées depuis moins de 3 mois.

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 et n'aient pas fait l'objet d'une exclusion par l'Assureur.

10.2 - Délais d'attente

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

Un Délai d'attente de :

- 90 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une Maladie ou affection.
- 300 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une grossesse.
- 360 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une Maladie mentale.

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

Si l'Adhérent demande une augmentation de garantie, les prestations seront calculées sur la base de l'ancienne garantie en cas de survenance d'un Sinistre au cours des 6 mois suivant la date de modification et pour toute affection contractée avant cette augmentation.

10.3 - Durée des garanties

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

10.4 – Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- a) En cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins.
- b) En cas de résiliation en cours d'année par l'Assureur dans un délai de 2 ans suivant l'adhésion au présent contrat avec un préavis de deux mois (sauf si la garantie est viagère dès l'adhésion en application des dispositions prévues au 10.1).
- c) En cas de non-paiement des cotisations (article L113.3 du Code) 40 jours après l'envoi de la mise en demeure conformément à l'article 7 du présent contrat.
- d) En cas de dénonciation de la convention par l'Association ou l'Assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent).
- e) Dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire.
- f) Au moment où l'Assuré est officiellement mis à la retraite, et, au plus tard lorsque l'Assuré atteint l'âge de 65 ans.
- g) En cas de décès de l'Assuré ou de cessation d'activité professionnelle pour quelque motif que ce soit.

En cas de résiliation par l'Assureur ou l'Association dans le cas énoncé au d) et si l'adhésion a plus de deux ans, 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.

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 résiliation de l'adhésion.

11. Changement de situation de l'assuré

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

En cas de survenance d'un des événements énoncés ci-dessus, et conformément à l'article L113-16 du Code, l'Adhérent et l'Assureur ont la faculté de résilier le contrat, cette résiliation prenant effet 1 mois après que l'autre partie en a reçu notification.

En cas de modification de l'activité professionnelle, et en cas d'accord pour le maintien, l'Assureur peut proposer un nouveau taux de prime. Si l'Assuré n'accepte pas ce nouveau taux, l'Assureur peut résilier l'adhésion moyennant un préavis de 10 jours.

12. Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

13. Subrogation

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

14. Examen des réclamations

En cas de difficultés dans l'application du contrat, il est recommandé à l'Adhérent de s'adresser à son conseiller en assurance habituel. Si un différend éventuel persistait après réponse, l'Adhérent pourrait adresser sa réclamation écrite au Service Clients : APRIL Assurances, 27, rue Maurice Flandin – 69003 Lyon cedex 03.

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

Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus est, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, défini(e) dans le lexique figurant à la fin des présentes Conditions Générales.

Il a été conclu entre l'Association des Assurés d'APRIL Assurances (association loi 1901, située BP 313369211 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 la mutuelle MEXEM (mutuelle inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 950396911, située 57 boulevard Vivier Merle - immeuble Gemelyon Nord - 69003 LYON) une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, dont la gestion administrative est déléguée à APRIL Assurances.

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

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

1. Objet

L'adhésion à la présente convention garantit aux Assurés, en fonction des garanties et niveaux souscrits, le règlement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente de l'Assuré suite à un Accident ou une Maladie garanti(e).

Les montants des garanties et options souscrites sont indiqués au Certificat d'adhésion.

Ces garanties s'exercent dans le monde entier.

2. Qui peut être assuré ?

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

- exercer une profession libérale,
- avoir sa résidence principale et exercer son activité professionnelle en France continentale,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de son 64^e anniversaire,
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat.

Pour le secteur médical, seules les professions libérales suivantes pourront être assurées : médecin, chirurgien, chirurgien-dentiste, vétérinaire, pharmacien et sage-femme.

L'adhésion repose sur les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré et la bonne foi des parties.

3. Contenu des garanties

En fonction des garanties souscrites, il est versé à l'Assuré les prestations suivantes.

3.1 - Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail :

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

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

Le montant de l'indemnité journalière souscrit ne doit pas excéder le revenu journalier professionnel calculé à partir du revenu professionnel annuel net tiré de l'activité déclarée à l'adhésion (hors dividendes)

et déclaré par l'Assuré à l'administration fiscale, l'année précédant l'adhésion ou son renouvellement. **Dans tous les cas, l'indemnité journalière souscrite par l'Assuré ne pourra pas être supérieure à 300 euros par jour.**

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

Pour l'Assuré Créateur qui est dans sa première année d'activité, le montant de l'indemnité journalière souscrit sera déterminé en fonction du RAD forfaitaire déclaré à l'adhésion et **dont le montant ne pourra être supérieur à 34 000 euros.** Le montant de l'indemnité journalière souscrit **ne pourra donc être supérieur à 93 euros par jour.**

L'indemnité est payable par mois échu à partir de la fin de la période de Franchise mentionnée au Certificat d'adhésion.

Constitue un seul et même Sinistre, toute rechute dans les deux mois de la reprise de travail. Dans cette hypothèse, le service des indemnités journalières est repris dès le 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail, sous réserve que l'adhésion au contrat soit en cours.

Selon l'option souscrite à l'adhésion, l'indemnité sera versée jusqu'à la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré, reconnue par un médecin expert désigné par APRIL Assurances et au plus tard, au terme de la Durée maximale d'indemnisation indiquée pour chaque option au Certificat d'adhésion.

L'indemnisation au titre de l'incapacité cesse d'être versée dans tous les cas en cas de reprise de travail ou si la rente d'invalidité est mise en service ou à la date de l'admission de l'Assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et, au plus tard à son 65^e anniversaire.

La Durée maximale d'indemnisation s'entend par Sinistre.

3.2 - Garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

Si cette garantie est souscrite, l'Assuré en état d'Invalidité Permanente avant l'âge de 65 ans, par suite de Maladie ou d'Accident, a droit au versement de la rente indiquée sur son Certificat d'adhésion.

Le montant de la rente souscrit est déterminé par l'Assuré selon les mêmes modalités que celles prévues pour l'indemnité journalière au 3.1 du présent contrat. **Dans tous les cas la rente mensuelle souscrite par l'Assuré ne pourra être supérieure à 9 000 euros.**

Le montant de la rente versée sera fonction du degré d'Invalidité Permanente.

La rente commence à être servie à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré.

Son montant peut être révisé à tout moment à la hausse ou à la baisse si le degré de l'invalidité se trouve modifié.

La rente cessera d'être versée si le taux d'invalidité devient inférieur à 33 %.

Pour les Assurés relevant du secteur médical tels que définis au 2 du présent contrat et ayant souscrit l'option, la rente cessera d'être versée si le taux d'invalidité devient inférieur à 15 %.

Dans tous les cas, la rente cesse d'être due à la date de l'admission de l'Assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et au plus tard à son 65^e anniversaire.

La rente invalidité est payable trimestriellement à terme échu.

3.3 - Ajustement des garanties et des cotisations :

Les cotisations et les garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et d'Invalidité Permanente sont ajustées le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la variation du plafond de la Sécurité sociale en vigueur le 1^{er} janvier de l'année précédente.

Pour la détermination des prestations dues, les sommes assurées sont celles en vigueur le jour de l'arrêt de travail.

4. Expertise médicale

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

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

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation 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.

5. Règlement des prestations

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

L'incapacité Temporaire Totale de Travail doit être déclarée par écrit à APRIL Assurances, dans un délai **de 5 jours qui suivent l'arrêt de travail**, sauf cas de force majeure.

Passé ces délais, la période de Franchise ne commence à courir, ou les prestations ne sont dues, que du jour de la déclaration.

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

La déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical indiquant la nature de l'Accident ou de l'affection qui justifie l'incapacité de travail ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état, ainsi que toutes les autres pièces qu'APRIL Assurances estimera nécessaires pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

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

Si l'arrêt de travail ou l'invalidité survient à l'étranger, le paiement des prestations ou le début de la période de Franchise ne part que du jour de la première constatation médicale en France. En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré, hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un Sinistre.

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

6. Plafonnement des prestations

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

Cette disposition ne s'applique pas, la première année d'adhésion, aux Assurés Créateurs dont le montant des prestations a été fixé forfaitairement conformément aux dispositions du présent contrat.

7. Cotisations

La cotisation évolue au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du groupe assuré.

La composition du groupe tient compte de l'âge atteint, de la catégorie professionnelle, du domicile et des garanties souscrites.

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

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

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

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

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

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

Exonération

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

L'exonération n'est pas accordée en cas de reprise partielle du travail ou en cas d'Invalidité Permanente Partielle.

8. Exclusions des garanties

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

- les conséquences du fait de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante,
- les Maladies ou Accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de la personne bénéficiaire,
- les faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- la conduite en état d'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du Sinistre),
- les grossesses, les accouchements normaux, les fausses

couches, sauf si pour des causes pathologiques les Assurées se trouvent en état d'Incapacité Totale de Travail ; leur congé légal de maternité étant alors déduit de la durée d'Incapacité Totale de Travail en sus de la période de Franchise,

- les troubles d'origine psychique, sauf ceux qui font l'objet de soins psychiatriques continus ou répétés, dispensés par un praticien hospitalier,
- les dépressions nerveuses ne sont prises en charge que si elles sont médicalement traitées. Il est toutefois expressément convenu que le montant des prestations à ce titre est limité à un an au cours de la durée du contrat,
- les risques éventuellement mentionnés dans les conditions particulières,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome,
- les cures de toute nature même prescrites médicalement et même effectuées en établissement hospitalier ou lors de séjours en maison de repos,
- la pratique, même en qualité d'amateur, des activités suivantes :
 - tout sport de montagne pratiqué en dehors du domaine balisé et ouvert au public,
 - la spéléologie,
 - le saut à l'élastique,
 - la plongée sous-marine au delà de 20 mètres de profondeur,
 - la navigation maritime à voile au sens de la législation française au delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier, et la navigation maritime ne respectant pas la législation française.
- la pratique des activités suivantes est exclue sauf si elle a été déclarée par l'Assuré lors de son adhésion et qu'elle a fait l'objet d'une proposition tarifaire de l'Assureur acceptée par l'Adhérent :
 - la pratique, à titre professionnel et/ou dans le cadre de compétitions amateurs et/ou en tant que membre d'une fédération ou d'un club, d'une activité sportive nécessitant ou non l'usage d'un engin à moteur,
 - l'utilisation d'engins aériens privés en qualité de pilote ou passager (sauf passager sur avions de lignes commerciales).

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 le montant des sommes assurées pour chacun des risques couverts.

La garantie est viagère dès l'adhésion dès lors que l'Assuré peut justifier de garanties antérieures de même nature résiliées depuis moins de 3 mois.

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'organisme assureur.

9.2 - Délais d'attente

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

Un Délai d'attente de :

- 90 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une Maladie ou affection.
- 300 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une grossesse.
- 365 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une Maladie mentale.

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

9.3 - Durée des garanties :

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

9.4 - Cessation des garanties

Les garanties du contrat cessent :

- a) En cas de résiliation par l'Adhérent, à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins,
- b) en cas de résiliation en cours d'année par l'organisme assureur dans un délai de deux ans suivant l'adhésion au présent contrat, avec un préavis de deux mois (sauf si la garantie est viagère dès l'adhésion en application des dispositions prévues au 9.1),
- c) 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,
- d) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent),
- e) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être bénéficiaire,
- f) lorsque l'Assuré atteint l'âge de 65 ans,
- g) à la date à laquelle il cesse d'exercer sa dernière profession déclarée et au plus tard au moment où il est à la retraite.

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

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.

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) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

En cas de survenance d'un des événements énoncés ci-dessus, et conformément au Code, l'Adhérent et l'organisme assureur ont la faculté de résilier le contrat, cette résiliation prenant effet 1 mois

après que l'autre partie en a reçu notification.

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

11. Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

12. Subrogation

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

13. Examen des réclamations

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

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

Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus est, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, défini(e) dans le lexique figurant à la fin des présentes Conditions Générales.

Chaque terme ou expression mentionné(e) dans les Conditions Générales Protection Intégrale, Arrêt de travail, Frais Généraux Permanents et Conjoint Collaborateur a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Accident :

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

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

Adhérent :

Personne qui adhère aux présentes conventions de groupe.

Assuré :

L'Adhérent, personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance.

Bénéficiaire :

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

Le Bénéficiaire désigné au titre de la garantie "Rente viagère pour enfant handicapé" doit être un enfant handicapé répondant à la définition prévue au présent contrat et pouvant justifier de son handicap lors du versement des prestations conformément à l'article 6 du présent contrat.

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

Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent par APRIL Assurances confirmant son adhésion au contrat GÉOMÉTRIS MEDICAUX/PARAMEDICAUX/PROFESSIONS LIBÉRALES et mentionnant notamment la date d'effet de l'adhésion, la version choisie, la durée des franchises, les durées d'indemnisation, et les montants des garanties et options souscrits.

Code :

Module Protection Intégrale et Arrêt de Travail :

- Code des Assurances pour les garanties liées au décès et à l'I.A.D. de l'Assuré,
- Code de la mutualité pour les garanties Arrêt de Travail.

Module Frais Généraux Permanents :

- Code des Assurances.

Conjoint :

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

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

Consolidation :

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

Créateur :

Personne qui exerce l'activité professionnelle déclarée à l'adhésion en qualité de profession libérale depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

Délai d'attente :

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

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

Durée maximale d'indemnisation :

Le nombre de jours maximum pendant lesquels l'Assuré peut recevoir une indemnité. La durée maximale d'indemnisation s'entend par sinistre. Cette durée maximale indiquée au Certificat d'adhésion est fonction de l'option choisie.

Frais généraux professionnels permanents :

Il s'agit des frais qui sont supportés habituellement par la personne assurée pour l'exercice de sa profession et qui sont légalement admis comme charges d'exploitation au plan fiscal ; mais à l'exclusion des salaires, honoraires, prélèvements, profits et autres avantages ou rémunération de la personne assurée, et, à l'exclusion de l'acquisition de toutes matières consommables, marchandises, équipements, fournitures, installations, des capitaux empruntés et leurs amortissements, des dotations aux amortissements et aux provisions, des charges et des taxes de toutes natures sur les bénéficiés.

Ainsi, la définition des Frais généraux permanents comprend notamment et de façon non exhaustive :

- le loyer et charges des locaux professionnels,
- les dépenses d'eau, de gaz, d'électricité, de chauffage et de téléphone,
- la taxe et impôts professionnels,
- les salaires et les charges afférents aux employés habituels de la personne assurée,
- les frais de location de matériel professionnel,

Les frais sont retenus pour leur valeur hors TVA lorsque celle-ci est récupérable par l'Assuré.

Franchise :

Période pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Hospitalisation :

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

Incapacité Temporaire Partielle de Travail :

L'Assuré est considéré en Incapacité Temporaire Partielle de Travail, si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer son activité professionnelle déclarée à l'adhésion en dehors de son pouvoir de direction.

Incapacité Temporaire Totale de Travail :

L'Assuré est considéré en Incapacité Temporaire Totale de Travail si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer son activité

professionnelle déclarée à l'adhésion y compris son pouvoir de direction. L'arrêt de travail, pour donner droit à une indemnisation, doit entraîner une interruption réelle et complète des occupations professionnelles de l'Assuré, et, ce dernier doit se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) :

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

Invalidité Permanente Totale et Partielle :

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente, le médecin expert désigné par APRIL Assurances détermine un degré d'invalidité fonctionnelle physique ou mentale, et/ou d'invalidité professionnelle (en fonction du barème d'invalidité utilisé et figurant en annexe).

Le taux d'invalidité est apprécié par référence au barème d'invalidité relatif à l'activité de l'Assuré figurant en annexe en tenant compte, le cas échéant, de l'activité de l'Assuré avant et après la survenance de l'invalidité. Ce taux (N) est fixé par expertise entre 0 et 100 %.

Si N est égal ou supérieur à 66 %, l'invalidité permanente est considérée comme totale et la rente indiquée au Certificat d'adhésion est servie en totalité.

Si N est compris entre 33 et 66 %, l'invalidité permanente est considérée comme partielle et le coefficient N/66 est appliqué au montant de la rente. **Aucune rente n'est versée si le taux N est inférieur à 33 %.**

Pour les Assurés relevant du secteur médical tels que définis à l'article 2 du présent contrat et ayant souscrit l'option, une rente pour Invalidité Permanente Partielle sera versée si N est compris entre 15 et 32,9 %. Le

coefficient N/66 sera appliqué au montant de la rente. **Pour cette option, aucune rente n'est versée si le taux N est inférieur à 15 %.**

Maladie :

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

Pouvoir de direction :

Capacité physique reconnue à l'Assuré à exercer la direction, la surveillance, la gestion administrative et/ou commerciale, de son activité professionnelle telle que déclarée à l'adhésion. Cette capacité est toujours appréciée lors d'une expertise médicale.

RAD :

Abréviation désignant le Revenu professionnel annuel net tiré de l'activité déclarée à l'adhésion (hors dividendes) déclaré par l'Assuré à l'administration fiscale.

Sinistre :

Événement, Maladie ou Accident mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

Annexe - Barèmes d'invalidité professionnelle

BARÈME DES PRATICIENS DU SECTEUR MÉDICAL EFFECTUANT DES ACTES CHIRURGICAUX

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

Aliénation totale incurable	100%
Amputation de la cuisse au tiers moyen	100%
Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	100%
Cécité complète	100%
Désarticulation ou ankylose de la hanche	100%
Désarticulation ou ankylose de l'épaule	100%
Hémiplégie organique complète	100%
Paralysie complète du plexus brachial, au médian du bras, du radial au-dessus du triceps	100%
Perte de la main	100%
Perte de l'index	100%
Perte des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)	100%
Perte du médius	100%
Perte du pouce ou de la phalange terminale	100%
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe	100%
Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant-bras droit	100%
Surdité totale des deux oreilles	100%

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ET PARTIELLE

Bassin (à l'exclusion de la hanche)

Selon les séquelles (troubles statiques, moteurs et urinaires)	10 à 50%
--	----------

Côtes (sternum)

Douleurs et gêne au port de charge	0 à 10%
Retentissement sur la fonction respiratoire objective par des épreuves fonctionnelles	5 à 80%

Divers

Hémiplégie organique complète	100%
Néphrectomie (Majoration du taux selon l'azotémie) avec insuffisance rénale	30 à 100%
Néphrectomie (Majoration du taux selon l'azotémie) sans insuffisance rénale	30%
Splénectomie totale	10%

Mâchoires et dents

Amputation de la langue, suivant le degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition	10 à 80%
Ecartement interosseux inférieur à 10 mm suivant causes	25 à 60%
Ecartement interosseux entre 10 et 30 mm suivant le degré de mastication	5 à 20%
Fracture du maxillaire inférieur vicieusement consolidée avec trouble de l'articulé dentaire et selon la possibilité de prothèse	5 à 20%
Perte de la mâchoire inférieure	80%

Mains

Amputation ou perte fonctionnelle totale :	Dominant	Non Dominant
de la main	100%	100%
de l'annulaire	40%	40%
de la phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire	10%	5%
de la phalange terminale de l'index	80%	70%
de la phalange terminale du médius	30%	20%
de la phalange terminale du pouce	100%	100%
de l'auriculaire	20%	20%
de l'index	100%	100%
du médius	100%	100%
du pouce	100%	100%

Membres inférieurs

Amputation de cuisse au tiers moyen	100%
Amputation de jambe au tiers moyen	70%
Amputation des cinq orteils	25%
Amputation de syme ou désarticulation tibio-tarsienne	60%
Amputation du gros orteil	15%
Amputation d'un des quatre autres orteils	4%
Amputation du pied (Chopart-Lisfranc)	45%
Amputation du pied (Pirogoff-Ricard)	50%
Ankylose du cou-de-pied	30%
Ankylose du genou en position défavorable	60%
Ankylose du genou en position favorable	40%
Désarticulation de la hanche	100%
Désarticulation du genou	80%
Névralgie, sciatique persistante (avec signes objectifs)	15 à 40%
Paralysie du nerf crural	40%
Paralysie du nerf poplité interne	30%
Paralysie du nerf sciatique	65%
Perte complète de l'usage des deux jambes	100%
Pseudarthrose lâche (membre de polichinelle) de la cuisse ou des deux os de la jambe, non appareillable	100%
Raccourcissement d'un membre inférieur jusqu'à 2 cm	5%
Raccourcissement d'un membre inférieur supérieur à 2 cm jusqu'à 4 cm	10%

Raccourcissement d'un membre inférieur supérieur à 4 cm jusqu'à 5 cm	15%
Raccourcissement d'un membre inférieur supérieur à 5 cm jusqu'à 7 cm	20%
Raccourcissement d'un membre inférieur supérieur à 7 cm	30%
Raideur et ankylose de la hanche en position défavorable	70%
Raideur et ankylose de la hanche en position favorable	50%
Rupture du tendon d'Achille	10 à 30%

Membres supérieurs

	Dominant	Non Dominant
Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	100%	100%
Ankylose de l'épaule	100%	100%
Ankylose du coude en position défavorable	100%	100%
Ankylose du coude en position favorable	80%	70%
Ankylose du poignet (doigts libres)	55%	45%
Ankylose radio-cubitale, main fixée en position intermédiaire	70%	60%
Ankylose radio-cubitale, main fixée en pronation	60%	50%
Ankylose radio-cubitale, main fixée en supination	100%	80%
Désarticulation de l'épaule	100%	100%
Paralysie complète du circonflexe	80%	80%
Paralysie complète du cubital au coude	85%	85%
Paralysie complète du cubital au poignet	60%	50%
Paralysie complète du médian	100%	100%
Paralysie complète du plexus brachial	100%	100%
Paralysie complète du radial au-dessous du triceps	90%	80%
Paralysie complète du radial au-dessus du triceps	100%	100%
Pseudarthrose lâche (membre de polichinelle) du bras, du coude ou de l'avant-bras, non appareillable	100%	100%

Nez

Anosmie totale associée à agueusie	20%
Fracture des os propres ou de la cloison sans sténose	0 à 5%
Sténose bilatérale et selon rhinite	5 à 20%
Sténose unilatérale	10%

Tête (avec ou sans fracture du crâne)

Aliénation totale incurable	100%
Epilepsie démontrée d'origine traumatique suivant la fréquence des crises	20 à 100%
Epilepsie post-traumatique avec crises très fréquentes (plusieurs par mois)	30 à 100%
Syndrome subjectif post-commotionnel complet (n'est indemnisé que s'il y a eu perte de connaissance initiale)	0 à 5%
Troubles psychiques et déficits des fonctions intellectuelles : déficit neurologique objectif	20 à 100%

Tronc (colonne vertébrale)

Complications neurologiques	10 à 100%
Entorse vertébrale ou fracture d'une apophyse avec lumbago chronique d'origine traumatique	5 à 25%
Fracture d'un corps vertébral et sans séquelles neurologiques	10 à 30%

Yeux et oreilles

Altération de la fonction visuelle	3 à 30%
Hypoacousie unilatérale	3 à 30%
Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100%
Perte totale d'un œil	80%
Surdité totale des deux oreilles	100%
Surdité totale unilatérale	40%
L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.	

L'indemnisation résultant de plusieurs infirmités provenant d'un même événement s'obtient par addition des indemnités dues pour chaque infirmité, sans pouvoir dépasser le capital assuré ou la rente mensuelle assurée pour invalidité permanente totale. De même, si plusieurs lésions atteignent le même membre, le taux d'incapacité ne pourra dépasser le taux prévu pour la perte totale dudit membre.

BARÈME D'INVALIDITE DES PRATICIENS DU SECTEUR MÉDICAL (à l'exclusion des sages femmes) N'EFFECTUANT PAS D'ACTES CHIRURGICAUX

Abdomen

Cicatrice de parois abdominales (éventration)	10 à 40%
Splénectomie	10 à 50%

Appareil génito-urinaire

Cystite chronique	10 à 40%
Fistule vésicale	10 à 60%
Néphrectomie avec second rein normal	20 à 35%
Rupture de la vessie	15 à 60%
Urètre (rupture d'urètre) avec perte du rein	20 à 45%

Divers

Aliénation mentale incurable	100%
Cécité complète	100%
Hémiplégie définitive	100%

Mains	Dominant	Non Dominant
Perte complète de la main (désarticulation radio-carpienne)	60 à 100%	50 à 100%
Perte complète de l'annulaire	10 à 30%	5 à 20%
Perte complète de la phalangette de l'index ou médius	5 à 80%	5 à 80%
Perte complète de la phalange unguéale du pouce	10 à 100%	10 à 100%
Perte complète de l'auriculaire	10 à 20%	5 à 10%
Perte complète de l'index	20 à 100%	15 à 100%
Perte complète du médius	20 à 100%	15 à 100%
Perte complète du pouce	20 à 100%	15 à 100%
Perte de sensibilité de la dernière phalangette du pouce ou de l'index	0 à 30%	0 à 15%
Toute amputation ne laissant qu'une phalangette appartenant à la main sera considérée comme équivalent à la perte totale du doigt correspondant.		
L'ankylose du pouce, des doigts, donne droit à 66% de l'indemnité prévue pour la perte de ces organes.		
Maxillaire inférieure (Fracture)		
Suivant degré de déformation de l'articulé dentaire		5 à 60%
Constriction des mâchoires		10 à 70%
Perte partielle de la langue		5 à 70%
Perte totale de la langue		100%
Maxillaire supérieure (Fracture)		
Suivant degré de déformation de l'articulé dentaire		5 à 60%
Membres inférieurs		
Ankylose de la hanche en position défavorable		55 à 100%
Ankylose de la hanche en position favorable		40 à 70%
Ankylose du genou en position défavorable		25 à 70%
Ankylose du genou en position favorable		25 à 50%
Ankylose du pied		5 à 20%
Amputation de la cuisse au-dessous du tiers supérieur		50 à 100%
Amputation de la cuisse au tiers supérieur		60 à 100%
Amputation de la jambe (suivant hauteur)		40 à 100%
Amputation des cinq orteils		10 à 20%
Amputation du gros orteil		5%
Amputation du pied suivant le type de l'opération		25 à 60%
Désarticulation de la hanche		80 à 100%
Fracture de la jambe et fracture malléolaire		10 à 50%
Fracture du col du fémur suivant raccourcissement et suivant gêne fonctionnelle		20 à 60%
Fracture non consolidée de la rotule		10 à 50%
Paralysie totale du nerf crural		20 à 50%
Paralysie totale du nerf sciatique		10 à 60%
Paralysie totale du nerf tibial postérieur		10 à 30%
Paralysie totale du poplité externe		15 à 40%
Paralysie totale du poplité interne		15 à 30%
Paralysie totale et absolue du membre inférieur		25 à 100%
Pseudarthrose de la cuisse ou de la jambe appareillable		30 à 70%
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou de la jambe non opérable et non appareillable		40 à 100%
Membres supérieurs		
Ankylose complète du coude	Dominant	20 à 100%
Ankylose complète d'un membre supérieur	Non Dominant	20 à 100%
Désarticulation de l'épaule ou perte de l'épaule		30 à 100%
Désarticulation du coude ou perte de l'usage du coude		30 à 100%
Fracture de l'avant-bras avec perte partielle des mouvements du poignet		40 à 100%
Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose sans correction chirurgicale possible)		20 à 100%
Limitation des mouvements de l'épaule		40 à 100%
		40 à 100%
		15 à 80%

Paralysie totale du nerf circonflexe	15 à 75%	15 à 75%
Paralysie totale du nerf cubital au coude	15 à 80%	10 à 60%
Paralysie totale du nerf cubital au poignet	15 à 80%	15 à 80%
Paralysie totale du nerf médian du bras	35 à 100%	35 à 100%
Paralysie totale du nerf médian du poignet	10 à 40%	10 à 30%
Paralysie totale du nerf radial au-dessous du triceps	20 à 60%	15 à 50%
Paralysie totale du nerf radial au-dessus du triceps	30 à 90%	20 à 60%
Paralysie totale d'un membre supérieur	60 à 100%	60 à 100%
Paralysie totale du plexus brachial	60 à 100%	60 à 100%
Perte complète des mouvements du poignet avec ankylose des doigts	40 à 100%	40 à 100%
Perte complète des mouvements du poignet en bonne position avec doigts mobiles	30 à 60%	30 à 60%
Perte complète du bras ou de l'usage du bras	60 à 100%	60 à 100%
Nez		
Déviations de cloison		5%
Stérose d'une narine		5%
Oreilles		
Surdité complète non corrigible bilatérale		40 à 100%
Surdité complète non corrigible unilatérale		10 à 40%
Troubles labyrinthiques		10 à 50%
Rachis		
Bassin : fracture ischio pubienne		15 à 75%
Bassin : disjonction pubienne		10 à 25%
Coccyx : fracture avec déplacement		5 à 30%
Rachis cervical : fracture atlas ou axis		10 à 55%
Rachis cervical : fracture vertèbre cervicale ou luxation non réductible (suivant troubles nerveux)		10 à 50%
Rachis dorsal : fracture avec lésions médullaires permanentes		20 à 100%
Rachis dorsal : fracture avec troubles névrotiques		10 à 60%
Rachis dorsal : fracture d'apophyses		5 à 25%
Rachis dorsal : fracture du corps vertébral sans lésion sous-jacente		10 à 30%
Sacrum : fracture avec déplacement et lésion nerveuse		15 à 50%
Sacrum : fracture sans déplacement ni lésion nerveuse		10 à 30%
Thorax : fracture de sternum		5 à 20%
Thorax : fracture des côtes		5 à 55%
Thorax : lésions péricardiques, valvulaires, myocardiques, traumatiques		20 à 80%
Tête		
Brèche osseuse crânienne avec perte de substance et suivant conséquences fonctionnelles		10 à 70%
Epilepsies jacksonniennes, suivant fréquence et intensité		10 à 100%
Troubles de l'équilibre		10 à 100%
Yeux		
Orbite (altération des nerfs moteurs et sensitifs)		10 à 30%
Perte de vision d'un œil		25 à 100%
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil		5 à 80%
L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.		
L'indemnisation résultant de plusieurs infirmités provenant d'un même événement s'obtient par addition des indemnités dues pour chaque infirmité, sans pouvoir dépasser le capital assuré ou la rente mensuelle assurée pour invalidité permanente totale.		
De même, si plusieurs lésions atteignent le même membre, le taux d'incapacité ne pourra dépasser le taux prévu pour la perte totale dudit membre.		

Réf. CLU 07-01/07 - Réf. CLP 07-01/07

Barème d'invalidité fonctionnelle et professionnelle

Barème à prendre en considération lorsque l'invalidité ne relève pas des cas précédemment cités.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités publié par le concours médical. Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

TAUX Professionnel	TAUX FONCTIONNEL									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10,00	15,87	20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	12,60	20,00	26,21	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	14,42	22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	15,87	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	17,10	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	18,17	28,84	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	19,13	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	20,00	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	20,80	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	21,54	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

APRIL Assurances à vos côtés

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



Un large éventail de solutions

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

Prévoyance

Solutions d'assurances santé et prévoyance individuelles.

Tél. 0 891 46 9000

(0,23 € TTC/min)

Habitat

Solutions d'assurances de prêt.

Tél. 0 891 46 6000

(0,23 € TTC/min)

Entreprise

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

Tél. 04 72 36 75 35

Notre engagement, Votre satisfaction

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



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

Principaux repères

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

Votre Assureur-Conseil



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



APRIL ASSURANCES EST UNE SOCIÉTÉ D'APRIL COURTAGE