

ACCIDENT APRIL

UN CONTRAT QUI COUVRE
LES GROSSES ET LES PETITES
GAMELLES



L'assurance en plus facile.

DES GARANTIES COMPLÈTES ET SIMPLES : DEUX FORMULES AU CHOIX

Avec Accident APRIL, choisissez des garanties adaptées à vos besoins, votre âge et votre budget.

1. POUR VOUS PROTÉGER DES RISQUES LES PLUS IMPORTANTS :


FORMULE ESSENTIELLE

- › Décès : 75 000 €⁽³⁾
- › Invalidité (dès 5%) : 150 000 €
- › Assistance



⁽²⁾ Tarif 2019 formule essentielle pour une personne seule âgée de moins de 60 ans. Soit 93,72 € pour un paiement annuel de cette cotisation sur 12 mois.

2. POUR UNE COUVERTURE COMPLÈTE : L'HOSPITALISATION ET LES PETITS ACCIDENTS INCLUS !

FORMULE INTÉGRALE Un renfort sur les gros risques	FORMULE INTÉGRALE 60+ Un renfort sur les petits accidents
Accessible uniquement jusqu'à 60 ans inclus	Accessible uniquement à partir de 61 ans
› Décès : 100 000 € ⁽³⁾	› Décès : 50 000 € ⁽³⁾
› Invalidité (dès 5%) : 200 000 €	› Invalidité (dès 5%) : 100 000 €
› Hospitalisation ⁽⁴⁾ : 50 €/jour	› Hospitalisation ⁽⁴⁾ : 100 €/jour
› Petits accidents : 150 €/an/assuré	› Petits accidents : 300 €/an/assuré 
› Assistance	› Assistance



⁽³⁾ Limité pour les mineurs de moins de 12 ans au remboursement des obsèques sur justificatifs, dans la limite de 7 500 €.

⁽⁴⁾ À compter de 24 heures d'hospitalisation, limité à une prise en charge de 30 jours d'hospitalisation maximum.

⁽⁵⁾ À hauteur de 150 € lorsqu'ils sont sous votre garde pendant les vacances scolaires.

EN SAVOIR + : QU'EST-CE QUE LA GARANTIE « PETITS ACCIDENTS » ?

Les petits accidents couverts par le contrat sont les **fractures** (rupture complète d'un os dont le diagnostic est effectué avec une radio), les **brûlures** du 2^e et 3^e degré, les **entorses graves et le bris de dent** (notamment prise en charge forfaitaire des prothèses dentaires pour les dents définitives) et dont les définitions sont données au lexique de la Notice valant conditions générales.

DES SERVICES D'ASSISTANCE, À CHOISIR EN TOUTE LIBERTÉ

Au moment de l'accident, APRIL vous accompagne financièrement mais aussi en mettant en place des services d'assistance que vous choisirez librement en fonction de vos besoins.

COMMENT ÇA MARCHE ?

En fonction des conséquences de votre accident, AXERIA ASSISTANCE, met à votre disposition un montant en euros à dépenser au choix parmi une liste de services.

LES MONTANTS MIS À VOTRE DISPOSITION

› En cas de petits accidents :
100 € / an / assuré

› En cas d'hospitalisation :
100 € / an / assuré

› En cas d'invalidité :
500 € / assuré

› En cas de décès :
500 € / assuré

DES SERVICES POUR TOUS

- › Déplacement/transfert (présence d'un proche, rapatriement sanitaire)
- › Adaptation du véhicule au handicap
- › Aide à domicile
- › Aide administrative
- › Conduite des enfants à l'école ou aux activités extrascolaires
- › Prise en charge du trajet domicile/travail en taxi
- › Ecole à domicile
- › Sortie, garde et placement des animaux
- › Cours de conduite (remise en confiance ...)
- › Coaching santé ...



MULTIÉQUIPEZ ACCIDENT APRIL, AVEC UN CONTRAT SANTÉ ET C'EST GAGNÉ

ACCIDENT APRIL

+

UN CONTRAT SANTÉ⁽⁶⁾

=

-10% À VIE SUR
LES 2 CONTRATS

⁽⁶⁾ Le multiéquipement est valable si les souscriptions sont saisies en simultanée sur le tarifificateur AprilOn. En cas de date d'effet différente, la réduction s'applique à la prise d'effet du 2ème contrat. La prime minimum doit être de 180€ TTC annuel sur le contrat ACCIDENT APRIL.

VOS SERVICES ET AVANTAGES

VOTRE ESPACE ASSURÉ

Toutes vos démarches en ligne et sur votre mobile.

- › Simulez et consultez vos remboursements 7j/7 et 24h/24.
- › Demandez une prise en charge hospitalière, un devis optique ou dentaire.
- › Accédez au détail de votre contrat et à tous vos documents 24h/24 et 7j/7.
- › Actualisez vos informations personnelles : RIB, adresse, téléphone, e-mail.



COMMENT DÉPOSER UNE RÉCLAMATION ?

Malgré notre attention permanente, des insatisfactions ou des difficultés peuvent parfois survenir. Vous pouvez alors exprimer votre réclamation :

› Votre premier contact : votre conseiller habituel

Dans un premier temps, nous vous invitons à contacter votre interlocuteur habituel (votre assureur conseil ou service clients) : il est le mieux placé pour vous écouter et vous accompagner. Il mettra tout en œuvre pour trouver avec vous la réponse qui vous conviendra le mieux.

- Par téléphone : au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé), du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h
- Par email : relationclient@april.com
- Depuis votre Espace Assuré : rubrique « Une insatisfaction ? »
- Par courrier : APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Vivier Merle - 69439 Lyon CEDEX 03

› En second lieu, si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre demande au Service Réclamations :

Que ce soit votre conseiller habituel ou votre Service Réclamations, nous nous engageons à

vous répondre sous deux jours ouvrés. Toutefois, si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à vous communiquer le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder trente (30) jours.

Si malheureusement, aucune solution amiable ne peut être trouvée, vous pourrez alors, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au médiateur.

Attention : plusieurs médiateurs peuvent être compétents. Et il n'intervient que si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

Nous vous conseillons donc de toujours vous adresser au préalable à notre Service Réclamations qui vous orientera au mieux.

En cas de réclamation relative à un contrat souscrit sur notre site Internet, vous avez la possibilité d'utiliser la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

VOTRE PROGRAMME D'AVANTAGES CLIENTS

› Vos réductions partenaires : APRIL Santé Prévoyance a négocié pour vous des réductions exclusives⁽⁷⁾ auprès de nombreux partenaires autour des univers :

- **Santé et bien-être** : des avantages et des moments de bien-être grâce à nos partenaires. *Optic 2000, Kryss, Vision Plus, Lynx Optique, Easy-verres.com, Audika, Edel Nutrition, Thalazur, Thalassa Sea & Spa.*
- **Vie quotidienne** : des tarifs privilégiés auprès de prestataires de services ou d'enseignes généralistes. *Complétude, But, O2, SHD, Célyatis, Rent and Drop.*
- **Loisirs** : des réductions sur des activités variées, à partager en famille ou entre amis. *Photobox, Intersport Montagne, Plusdemags.com, Smartbox.*
- **Vacances** : des avantages tarifaires pour vos séjours à la mer, à la montagne, à la campagne, en ville, en France ou à l'étranger. *Center Parcs, Pierre & Vacances, Maeva, Belambra, VVF Villages, Odalys, Vacances Bleues, Adagio, Flower Campings, Vitalys, Pierre & Vacances Premium, Fram.*

PLUS D'INFORMATIONS
SUR VOTRE ESPACE ASSURÉ

<https://monespace.april.fr>

⁽⁷⁾ Les réductions auprès de nos partenaires sont valables en France métropolitaine (hors Caraïbes, Réunion et Mayotte).

NOTICE
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

ACCIDENT

APRIL



L'assurance en plus facile.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	p.8
-----------------	-----

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

1. QUI PEUT SOUSCRIRE ET ÊTRE ASSURÉ ?	p.9
2. QUE GARANTIT LE CONTRAT ACCIDENT APRIL.....	p.9
3. EFFET, DURÉE ET CESSATION DU CONTRAT	p.10
3.1 MODALITÉS DE SOUSCRIPTION	p.10
3.2 PRISE D'EFFET DU CONTRAT ET DE VOS GARANTIES	p.10
3.3 MODIFICATION DU CONTRAT.....	p.10
3.4 DURÉE DU CONTRAT	p.11
3.5 DROIT DE RENONCIATION.....	p.11
3.6 CESSATION DU CONTRAT	P.12
4. COTISATIONS.....	p.12
4.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE LA COTISATION ?.....	p.12
4.2 COMMENT ÉVOLUE LA COTISATION ?	p.12
4.3 PAIEMENT DE LA COTISATION.....	p.12
4.4 QUE SE PASSE-T-IL SI LE SOUSCRIPTEUR NE PAYE PAS SA COTISATION ?	p.13
5. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À LA CONNAISSANCE D'APRIL ?.....	p.13
6. PRESCRIPTION	p.14
7. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	p.15

DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES PRÉVOYANCE

1. LE CONTENU DE VOS GARANTIES PRÉVOYANCE	p.16
1.1 LA GARANTIE DÉCÈS SUITE À ACCIDENT	p.16
1.2 LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE SUITE À ACCIDENT	p.17
1.3 LA GARANTIE HOSPITALISATION SUITE À ACCIDENT	p.18
1.4 LA GARANTIE PETITS ACCIDENTS	p.18
2. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN OEUVRE VOS GARANTIES ?	p.19
2.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER.....	p.20
2.2. LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	p.21
3. CE QUE LE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE - LES EXCLUSIONS	p.21
4. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	p.22

DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE

1. LE CONTENU DE VOS GARANTIES D'ASSISTANCE	p.23
1.1 SERVICE DE MISE EN RELATION	p.23
1.2 PRESTATIONS D'ASSISTANCE	p.23
2. DEMANDE D'ASSISTANCE	p.29
3. EXCLUSIONS	p.31
4. SUBROGATION	p.31
5. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	p.31
LEXIQUE.....	p.31
ET APRÈS L'ADHÉSION	p.35

PRÉAMBULE

Le contrat « ACCIDENT APRIL » est un contrat individuel d'assurance soumis au droit français et régi par le Code des assurances. Le contrat « ACCIDENT APRIL » est formé de la présente notice valant conditions générales, de la demande de souscription et des **Conditions particulières** remises à chaque **Souscripteur**.

Les garanties Décès suite à **Accident**, **Invalidité** Permanente suite à **Accident**, **Hospitalisation** suite à **Accident** et **Petits Accidents**, définies ci-après, sont souscrites auprès d'**AXERIA Prévoyance**, société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 d'euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social se situe 90 avenue Félix Faure 69439 Lyon Cedex 03, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129, ci-après dénommé AXERIA. L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest, 75436 PARIS Cedex 09.

Les garanties d'Assistance sont souscrites auprès d'AXERIA ASSISTANCE Limited, Société d'assurance au capital de 4 500 000 €, autorisée et réglementée par la MFSA - Malta Financial Services Authority Notabile Road Attard BKR 3000, Malta, enregistrée sous le numéro C55905, située 108, Triq it-Tbien, Swieqi SWQ3032, MALTE.

Les Assureurs sont également désignés par le terme « Organismes assureurs » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire du contrat et des garanties de prévoyance est, par délégation d'AXERIA, **APRIL Santé Prévoyance**, SASU au capital de 540 640 euros, dont le siège social est situé 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 – N° ORIAS 07 002 609, ci-après dénommée APRIL.

L'organisme gestionnaire des prestations d'assistance est, par délégation d'AXERIA ASSISTANCE Limited, **APRIL International Assistance**, Société par actions simplifiée de droit français au capital de 57 000 € dont le siège social est sis 114 Boulevard Marius Vivier Merle – Immeuble Aprilium, 69003 LYON, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Lyon sous le numéro 429 133 580 immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 13 006 424.

APRIL est également désignée par le terme « Nous » dans la présente Notice.

Ce contrat est soumis à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée en cours de contrat sera la langue française.

Le terme « **Souscripteur** » désigne la personne physique qui souscrit le contrat ACCIDENT APRIL, signe la demande de souscription et paie les cotisations.

Le terme « **Assuré** » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties du contrat ACCIDENT APRIL, c'est-à-dire « Vous » en tant que **Souscripteur** ou le cas échéant votre **Conjoint** et vos **Enfants** dont les noms sont indiqués dans les **Conditions particulières** et pour lesquels les cotisations correspondantes ont été payées.

Pour faciliter la compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule en italique et en gras est défini(e) au Lexique.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

1. QUI PEUT SOUSCRIRE ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour souscrire et être assuré au titre de ce contrat, vous devez :

- résider en France continentale (c'est-à-dire hors Corse) ou dans un Département et Région d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion), à Saint Martin ou à Saint Barthélémy (hors Mayotte).
- Dans le cadre de la formule :
 - « Essentielle » : être âgé de 18 ans au moins et de 75 ans au plus au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties ;
 - « Intégrale » : être âgé de 18 ans au moins et de 60 ans au plus au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties ;
 - « Intégrale 60+ » : être âgé de 61 ans au moins et de 75 ans au plus au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties

Peuvent également être assurés au titre de ce contrat dès lors qu'ils répondent aux conditions de résidence citées ci-dessus :

- votre **Conjoint** répondant aux conditions d'âge correspondant à la formule souscrite ;
- et vos **Enfants** jusqu'au 31 décembre de leur 18^{ème} anniversaire, ou de leur 25^{ème} anniversaire s'ils sont toujours fiscalement à votre charge.

Les Assurés sont mentionnés aux **Conditions Particulières**.

Une personne ne peut être assurée qu'au titre d'un seul contrat « ACCIDENT APRIL ».

2. QUE GARANTIT LE CONTRAT ACCIDENT APRIL ?

Les garanties dont bénéficie l'Assuré sont mentionnées aux **Conditions particulières**. Pour les séjours de moins de trois (3) mois consécutifs, les garanties s'exercent dans tous les pays du monde ainsi qu'en Corse et à Mayotte.

Pendant la période où le contrat est en vigueur et dans les conditions définies ci-après, ce contrat garantit :

Dans le cadre de la formule « Essentielle »

- le versement d'un capital au(x) **Bénéficiaire(s)** désigné(s) en cas de décès de l'**Assuré** suite à un **Accident**,
- le versement d'un capital à l'**Assuré** en cas d'**Invalidité** permanente supérieure ou égale à 5% de l'**Assuré** suite à un **Accident**,
- des prestations d'Assistance.

Dans le cadre de la formule « Intégrale »

- le versement d'un capital au(x) **Bénéficiaire(s)** désigné(s) en cas de décès de l'**Assuré** suite à un **Accident**,
- le versement d'un capital à l'**Assuré** en cas d'**Invalidité** permanente supérieure ou égale à 5% de l'**Assuré** suite à un **Accident**,

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- le versement d'une allocation journalière en cas d'**Hospitalisation** de l'**Assuré** suite à un **Accident**,
- le versement d'un capital en cas de **Petits Accidents** de l'**Assuré**,
- des prestations d'Assistance.

Dans le cadre de la formule « Intégrale 60+ »

- le versement d'un capital au(x) **Bénéficiaire(s)** désigné(s) en cas de décès de l'**Assuré** suite à un **Accident**,
- le versement d'un capital à l'**Assuré** en cas d'**Invalidité** permanente supérieure ou égale à 5% de l'**Assuré** suite à un **Accident**,
- le versement d'une allocation journalière en cas d'**Hospitalisation** de l'**Assuré** suite à un **Accident**,
- le versement d'un capital en cas de **Petits Accidents** de l'**Assuré**,
- le versement d'un capital en cas de **Petits Accidents** du **Petit-enfant** du **Souscripteur** ou de son **Conjoint** assuré,
- des prestations d'Assistance.

3. EFFET, DURÉE ET CESSATION DU CONTRAT

3.1. MODALITÉS DE SOUSCRIPTION

En cas de souscription par courrier, le contrat est conclu à la date de signature de la demande de souscription. Par sa signature, le **Souscripteur** manifeste son accord sur la Notice du contrat dont il a pris connaissance et il s'engage également sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations.

En cas de souscription à distance par internet sur le site d'APRIL, en signant électroniquement la demande de souscription, le **Souscripteur** manifeste son accord sur les conditions du contrat dont il a au préalable pris connaissance et il s'engage sur l'exactitude de l'ensemble des déclarations. Une fois la souscription finalisée, le **Souscripteur** recevra un mail de confirmation à l'adresse électronique qu'il aura communiquée à APRIL, attestant de l'enregistrement du contrat par APRIL. Le contrat est réputé conclu à la date d'envoi dudit mail de confirmation. Ce mail contiendra un lien permettant au **Souscripteur** d'accéder à nouveau à l'ensemble de ses documents contractuels.

Les documents signés électroniquement sont archivés par APRIL chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat.

Votre souscription est soumise à l'acceptation préalable des Organismes assureurs.

3.2. PRISE D'EFFET DU CONTRAT ET DE VOS GARANTIES

L'acceptation du risque par les Organismes assureurs est concrétisée par l'émission des **Conditions particulières** indiquant la date d'effet du contrat. Les garanties prennent effet à la date indiquée sur les **Conditions particulières** sous conditions suspensives du paiement de la première cotisation.

- En cas de souscription par courrier, la date d'effet correspond au plus tôt au lendemain de la date de réception par APRIL de la demande de souscription.
- En cas de souscription par internet, la date d'effet correspond au plus tôt au lendemain de la date de réception du mail de confirmation par APRIL.

Seuls les Accidents survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties pourront donner lieu à indemnisation dans les conditions définies au contrat.

3.3. MODIFICATION DU CONTRAT

Le **Souscripteur** peut demander la modification de son contrat (formule de garanties, composition familiale).

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Le **Souscripteur** peut procéder au maximum à deux (2) changements de formule de garanties sur la durée de vie du contrat.

Tout changement de formule de garanties sera soumis à l'étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

Toute modification sera formalisée par un avenant.

3.4. DURÉE DU CONTRAT

Le contrat a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année.

Il cesse dans les conditions visées à l'article 3.6 « Cessation du contrat ».

3.5. DROIT DE RENONCIATION

La signature de la demande de souscription ne constitue pas un engagement définitif pour le Souscripteur. Le Souscripteur peut renoncer au contrat dans les 14 jours (14) calendaires révolus suivant la date de réception des Conditions Particulières. Pour cela, il lui suffit d'adresser une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous.

Si Vous avez souscrit au contrat suite à un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9. du Code des assurances s'appliquent :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou une Convention à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de la Convention, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie de la Convention, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».

Si Vous avez souscrit au contrat à distance :

Si vous avez souscrit au contrat à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement (c'est-à-dire en dehors des locaux professionnels de l'intermédiaire en assurance), Vous avez la possibilité de renoncer à votre souscription dans un délai de quatorze (14) jours à compter du jour où le contrat à distance est conclu.

Dans tous les cas, pour exercer votre droit à renonciation :

Pour exercer votre droit à renonciation, Vous devez Nous notifier votre décision de renonciation à votre contrat à APRIL Santé Prévoyance au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté faite par lettre envoyée par la poste à l'adresse suivante :

APRIL Santé Prévoyance – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre décision de renonciation avant l'expiration du délai de rétractation de quatorze (14) jours susmentionné.

Pour notifier votre volonté de renoncer à votre contrat, Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation ci-après mais ce n'est pas obligatoire.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat « ACCIDENT APRIL » n°..... que j'avais souscrit lepar l'intermédiaire du cabinet....

Fait à le signature ».

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et APRIL Vous remboursera les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre contrat, Vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation.

3.6. CESSATION DU CONTRAT

Le contrat cesse et plus aucune garantie n'est due par les Organismes assureurs :

- A l'échéance annuelle (soit le 31/12 de chaque année), en cas de demande de résiliation à l'initiative du **Souscripteur** ou de l'Assureur formulée par l'envoi d'une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de l'année.
Vous pouvez adresser votre courrier recommandé à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03, ou par Lettre Recommandée Electronique adressée à : relationclient@april.com.
- à la date de survenance du décès du **Souscripteur** ou s'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable (Cf. article 1).
- au 31 décembre des quatre vingts (80) ans du plus âgé des **Assurés**
- en cas de non-paiement des cotisations en application des dispositions de l'article 4 des présentes ;

Les garanties cessent pour le Conjoint et les Enfants assurés : dès qu'ils n'appartiennent plus à l'effectif assurable (Cf. article 1).

4. COTISATIONS

4.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE LA COTISATION ?

La cotisation est déterminée en tenant compte :

- de l'âge du **Souscripteur** et du **Conjoint** assuré à la souscription du contrat, calculé par différence de millésimes entre l'année de la date d'effet du contrat en cours et l'année de naissance.
- de la date d'effet du contrat,
- de la composition familiale,
- de la formule de garanties souscrites.

Les taxes actuelles à la charge du **Souscripteur** sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux des taxes applicables ou toute instauration de nouvelles impositions, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable au contrat, entraînera une modification du montant de la cotisation.

La cotisation fait l'objet d'une ventilation entre les Organismes assureurs :

- la part revenant à AXERIA Prévoyance permet de couvrir les garanties Prévoyance ;
- la part revenant à AXERIA ASSISTANCE Limited permet de couvrir les garanties d'Assistance.

4.2. COMMENT ÉVOLUE LA COTISATION ?

La cotisation évolue contractuellement de + 2% chaque année.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier.

A ces taux peut s'ajouter une révision de la cotisation en fonction des résultats du contrat.

4.3. PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert au nom du **Souscripteur** dans un établissement bancaire situé en France.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement que Vous avez choisi lors de la souscription :

- semestriel,
- trimestriel, (par prélèvement automatique seulement),
- mensuel, (par prélèvement automatique seulement).

4.4 QUE SE PASSE-T-IL SI LE **Souscripteur** NE PAYE PAS SA COTISATION ?

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL adressera au dernier domicile connu du **Souscripteur** une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, le contrat sera résilié conformément aux dispositions de l'article 3.6 de la Notice.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible immédiatement pour l'année entière conformément à l'article L 113-3 du 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.

5. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À LA CONNAISSANCE D'APRIL ?

Le contrat est établi d'après les déclarations du **Souscripteur**, que ce soit lors de la souscription ou pendant la durée de celle-ci.

Ainsi, en cours de souscription, le **Souscripteur** devra déclarer et communiquer à APRIL par écrit, dès qu'il en a connaissance, tout changement intervenu dans sa situation ou celle d'un **Assuré**, tels que changements de domicile, de situation ou de régime matrimonial.

En communiquant à APRIL son adresse électronique, le **Souscripteur** accepte que les informations relatives à l'exécution du contrat soient transmises à cette adresse. Le **Souscripteur** peut à tout moment, par écrit, demander à APRIL de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, le **Souscripteur** devra avertir APRIL dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Sanctions en cas de fausse déclaration :

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de la souscription ou en cours de contrat, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur le Sinistre, par une nullité du contrat ou une réduction d'indemnité, conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Article L113-8 du Code des assurances : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26 du Code des assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le Sinistre.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L113-9 du Code des assurances : L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout Sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un Sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

6. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de DEUX (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

● **Article L114-1** « *Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :*

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

● **Article L114-2** « *La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité».*

● **Article L114-3** « *Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance*

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),**
- **la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),**
- **une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),**
- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du Code civil),**
- **l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246 du Code civil).**

7. PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL Santé Prévoyance sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL Santé Prévoyance met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL Santé Prévoyance met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL Santé Prévoyance en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL Santé Prévoyance soit par courrier à l'adresse suivante : Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 soit par mail à dpo.asp@april.com ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES PRÉVOYANCE

1. LE CONTENU DE VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

1.1. LA GARANTIE DÉCÈS SUITE À ACCIDENT

Lorsqu'un **Assuré** est victime d'un **Accident** garanti et qu'il décède des suites de cet **Accident**, au plus tard dans les douze (12) mois de sa survéance, il sera versé au(x) **Bénéficiaire(s)**, le capital garanti dont le montant est indiqué aux **Conditions particulières**.

● **Montant de la garantie :**

Le montant du capital décès assuré est indiqué sur les **Conditions particulières**. Il est déterminé en fonction de la formule choisie lors de la souscription du contrat.

Particularité :

- En cas de décès suite à **Accident** d'un **Enfant** assuré de douze (12) ans et plus, la somme prévue est versée au **Bénéficiaire** désigné sur la demande de souscription et à défaut aux ayants droit légaux par parts égales.
- En cas de décès suite à **Accident** d'un **Enfant** assuré de douze (12) ans, le capital garanti est limité aux frais réellement engagés au titre des frais funéraires dans la limite de sept mille cinq cent euros (7 500€). Le capital garanti est versé à la personne physique qui a financé les obsèques à hauteur des frais engagés sur présentation de facture.
- En cas d'**Invalidité** Permanente suivie du décès de l'**Assuré**, lié au même événement accidentel, le montant du capital qui sera dû au titre du décès sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre de la garantie **Invalidité** Permanente.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- En cas de disparition, si l'**Assuré** est victime d'un **Accident** alors qu'il circule dans un moyen de transport public qui disparaît, fait naufrage ou est détruit et si le corps de l'**Assuré** n'est pas retrouvé dans l'année qui suit cet **Accident** ou au vu du jugement déclaratif de décès, la disparition sera assimilée au décès accidentel à effet de la date de l'évènement. Dans ce cas, les **Bénéficiaire(s)** s'engage(nt) à restituer à l'Assureur le capital perçu s'il s'avère que l'**Assuré** n'était pas décédé.

1.2 . LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE SUITE À ACCIDENT

Si à la suite d'un **Accident**, l'**Assuré** est reconnu en état d'**Invalidité** Permanente, APRIL versera à l'**Assuré** tout ou partie du montant du capital garanti.

● Détermination du taux d'Invalidité :

Le médecin expert détermine un taux d'**Invalidité** mesuré sur une échelle de 0 à 100% par référence au

Barème de droit commun en vigueur au jour de l'expertise, en tenant compte de la seule **Invalidité** fonctionnelle de l'**Assuré**, en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire.

L'**Invalidité** ayant un caractère forfaitaire et contractuel, il n'est jamais tenu compte de l'âge, de l'aptitude, de la qualification professionnelle, de la profession ou des possibilités de reclassement de l'**Assuré** victime de l'**Accident**.

Pour le cas où un **Assuré** serait déjà atteint d'une **Invalidité** Permanente au jour de l'**Accident**, le taux d'**Invalidité** Permanente sera déterminé en tenant compte uniquement de l'**Invalidité** imputable à l'**Accident**. Seul ce taux sera pris en compte pour l'application de la **Franchise relative** de 5%.

Le degré d'**Invalidité** permanente est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'**Assuré** et, au plus tard, sauf dispositions contraires prises d'un commun accord entre l'**Assuré** et l'Assureur, à l'expiration du délai de trois ans à compter du jour de l'**Accident** qui a permis la mise en jeu des garanties. Un taux d'**Invalidité** provisoire pourra cependant être déterminé avant la consolidation et avant l'expiration du délai de trois ans suivant le jour de l'**Accident** si l'état de santé de l'**Assuré** justifie une **Invalidité** Permanente supérieure à la **Franchise relative** de 5%.

● L'expertise médicale :

L'état d'**Invalidité** Permanente est constaté par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par APRIL qui se réserve le droit de faire expertiser l'**Assuré** à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin désigné par APRIL doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Le médecin expert missionné par APRIL sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'**Assuré** aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par le médecin de son choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin resteront à sa charge.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'**Assuré**. Chacune des parties désignera alors un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Dans cette hypothèse, les parties attendront que le troisième médecin ait déposé son rapport avant de recourir à une éventuelle action judiciaire pour le règlement du litige.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du troisième médecin.

● Détermination du montant du capital Invalidité Permanente :

Pour ouvrir droit à indemnisation, le taux d'**Invalidité** Permanente reconnu à l'**Assuré** doit être supérieur ou égal à la **Franchise relative** de 5%.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Si le taux d'**Invalidité** Permanente est supérieur ou égale à 5%, le montant du capital dû est déterminé en multipliant le montant du capital souscrit par le taux d'**Invalidité** de l'**Assuré**.

Si à la suite de l'expertise médicale, un taux d'**Invalidité** provisoire a été déterminé, il est immédiatement versé à l'**Assuré** les 2/3 du montant du capital **Invalidité** Permanente dû tel que calculé ci-dessus. Dans les trente (30) jours qui suivent la consolidation de l'état de santé de l'**Assuré** et au plus tard au terme de trois (3) ans qui suivent la date de l'**Accident**, un nouveau taux d'**Invalidité** Permanente sera déterminé et il sera procédé au recalcul du capital réellement dû. L'assureur versera à l'**Assuré** le montant de ce capital déduction faite des sommes déjà versées.

Pour le cas où le taux d'**Invalidité** Permanente déterminé au jour de la consolidation serait inférieur au taux provisoire, le montant du capital déjà versé devra être restitué par l'**Assuré**.

Le montant dû au titre de la garantie **Invalidité Permanente ne pourra pas excéder le montant du capital garanti au titre du contrat et mentionné aux **Conditions Particulières**.**

Aucune prestation ne sera versée si le taux d'Invalidité** Permanente est inférieur à 5%.**

1.3. LA GARANTIE HOSPITALISATION SUITE À ACCIDENT

La garantie a pour objet le versement d'une allocation journalière dont le montant figure aux **Conditions Particulières** en cas d'**Hospitalisation** de plus de vingt-quatre heures continues (24h), de l'**Assuré** suite à un **Accident**.

Si la garantie est due, l'allocation est versée à compter du 2^{ème} jour d'**Hospitalisation** jusqu'au jour de sortie, sauf pour les établissements publics où le jour de sortie n'est pas décompté.

Les **Hospitalisations** successives à moins de soixante (60) jours d'intervalle, dues au même **Accident**, sont considérées comme une seule et même **Hospitalisation**. L'Organisme assureur reprendra le versement de l'allocation à partir du 1^{er} jour d'**Hospitalisation** suite à rechute ou complication, sous réserve que le contrat soit en vigueur.

● Montant de la garantie

Le montant de l'allocation journalière versé est indiqué sur les **Conditions particulières**. Il est déterminé en fonction de la formule souscrite.

● Plafond d'indemnisation

La durée maximale de versement de l'allocation pour un même **Accident**, y compris rechutes et complications est de trente (30) jours par **Assuré**.

1.4. LA GARANTIE PETITS ACCIDENTS

1.4.1 GARANTIE **PETITS ACCIDENTS** DE L'**ASSURÉ** :

La garantie **Petits Accidents** a pour objet le versement d'un capital en cas de **Fracture, Brûlure, Entorse grave, Bris de dents** de l'**Assuré** consécutif à un **Accident**.

S'agissant des Fractures, seules sont garanties les Fractures suivantes :

- du crâne (les os du crâne sont le frontal, le sphénoïde, l'occipital et les os pariétaux et temporaux),
- des os de la face (nez, mâchoire, mandibule, plancher orbital)
- du rachis vertébral (y compris le coccyx),
- des côtes, du bassin, de la hanche, du fémur, de la rotule, du tibia, du péroné, des os de la cheville, du talon, du pied (tarse et métatarse),
- de la clavicule, de l'omoplate, du sternum, de l'humérus, du radius, du cubitus, du coude, des os du poignet et de la main (carpe et métacarpe)

● Montant de la garantie

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Le montant du capital **Petits Accidents** est indiqué sur les **Conditions particulières**. Il est déterminé en fonction de la formule souscrite.

● **Plafond d'indemnisation**

La garantie **Petits Accidents** est limitée à un capital par année civile et par **Assuré**.

En cas de plusieurs **Petits Accidents** simultanés ou non, un seul capital sera réglé par année civile et par **Assuré**, quelle que soit la nature des blessures en cause.

1.4.2 GARANTIE **PETITS ACCIDENTS** DU **PETIT-ENFANT**

Dans le cadre de la Formule Intégrale 60+ uniquement, en cas de **Fracture, Brûlure, Entorse grave, Bris de dent** d'un **Petit-enfant** se trouvant temporairement sous la garde du **Souscripteur** ou de son **Conjoint** assuré, pendant les périodes de vacances scolaires, l'**Assuré** bénéficie d'un capital forfaitaire limité à 150€ (cent cinquante euros), par année civile et par **Petit-enfant**.

S'agissant des **Fractures**, seules sont garanties les **Fractures** listées ci-dessus.

2. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE VOS GARANTIES ?

Les déclarations doivent être adressées à : **APRIL Santé Prévoyance**, Service indemnisation, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03. **Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel au médecin conseil.**

En cas de décès, vos **Bénéficiaires** doivent Nous en informer dans les plus brefs délais.

A réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des **Bénéficiaire(s)**, Nous disposons d'un délai de quinze (15) jours pour réclamer au(x) **Bénéficiaire(s)** l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

A réception de l'entier dossier et si l'indemnisation est due, Nous procéderons au règlement du capital dans un délai de trente (30) jours. A défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la législation en vigueur.

Lorsque l'indemnisation est due, le capital garanti en cas de décès de l'**Assuré** est revalorisé à compter de la date du décès et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des Dépôts et Consignations, selon un taux déterminé par décret.

En cas d'impossibilité d'identifier ou de retrouver le ou les **Bénéficiaires** du contrat dans le délai de dix (10) ans à compter de la connaissance du décès, l'Organisme assureur sera dans l'obligation de verser le capital dû auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Les sommes déposées à la CDC qui ne seront pas réclamées, seront acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt (20) ans à compter de la date de leur dépôt à la CDC. »

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L 113-2 du Code des assurances, tout Accident entraînant la mise en œuvre des garanties doit être déclaré à APRIL dans les quinze (15) jours ouvrés qui suivent la date à laquelle il s'est produit.

Passé ces délais, les Assurés perdront leur droit à prestation si la déclaration tardive a causé un préjudice à l'Organisme assureur.

2.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat, le médecin conseil d'APRIL pourra demander à l'**Assuré**

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

ou au(x) **Bénéficiaire(s)** des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'**Assuré**, agissant pour son compte et celui de ses **Bénéficiaires**, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu qu'APRIL s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'**Assuré**, ou le(s) **Bénéficiaire(s)** devront communiquer à APRIL avec la déclaration de **Sinistre**, tous les justificatifs (rédigés en français) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge) et notamment :

2.1.1 LA GARANTIE DÉCÈS SUITE À **ACCIDENT**

Pièces à fournir :

- l'acte de décès,
- Une déclaration écrite précisant les circonstances de l'**Accident**, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), ainsi que toutes les pièces permettant de justifier les circonstances et les causes accidentelles du décès,
- la copie du Procès-Verbal ou, à défaut, un courrier mentionnant le numéro de Procès-Verbal ainsi que l'adresse du Tribunal de Grande Instance auprès duquel le document a été déposé,
- un certificat médical fourni par APRIL, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- la copie d'un document officiel permettant la justification de la qualité de **Bénéficiaire** (copie du Livret de famille, de la carte nationale d'identité....),
- en cas de décès d'un **Enfant** de moins de douze (12) ans, les coordonnées de la personne ayant procédé au règlement des frais d'obsèques, son relevé d'identité bancaire, une pièce d'identité ainsi que la facture acquittée,
- toute autre pièce nécessaire demandée par l'Organisme assureur.

2.1.2 LA GARANTIE **INVALIDITÉ** PERMANENTE SUITE À **ACCIDENT**

Pièces à fournir :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'**Accident**, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s),
- la copie du Procès-Verbal ou, à défaut, un courrier mentionnant le numéro de Procès-Verbal ainsi que l'adresse du Tribunal de Grande Instance auprès duquel le document a été déposé,
- un certificat médical décrivant les blessures et toutes autres pièces nécessaires demandées par l'Organisme assureur pour la justification de l'état d'**Invalidité**,
- toutes autres pièces nécessaires demandées par l'Organisme assureur.

2.1.3 - LA GARANTIE **HOSPITALISATION** SUITE À **ACCIDENT**

Pièces à fournir :

- un certificat médical décrivant les blessures et le motif de l'**Hospitalisation**,
- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'**Accident**, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du Procès-Verbal,
- le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie de l'établissement ayant accueilli l'**Assuré**,
- toutes autres pièces nécessaires demandées par l'Organisme assureur.

2.1.4 - LA GARANTIE **PETITS ACCIDENTS**

Pièces à fournir :

- en cas de **Fracture**, un certificat médical constatant la **Fracture** ainsi que la copie du compte-rendu radiographique permettant le diagnostic,
- en cas d'**Entorse grave**, la radiographie ou l'examen complémentaire (IRM ou arthroscanner),
- en cas de **Bris de dent**, la facture de la prothèse dentaire ou un certificat médical constatant

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

l'atteinte du germe de la dent définitive,

- en cas de **brûlure**, le bulletin d'hospitalisation ou le compte rendu de l'intervention chirurgicale, le certificat médical initial d'évaluation de la surface et de la profondeur de la **brûlure**,
- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'**Accident**, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du Procès-Verbal,
- la copie d'un document officiel permettant la justification de la qualité de **Petit-enfant** (copie du Livret de famille des grands-parents et du **Petit-enfant**).
- toutes autres pièces nécessaires demandées par l'Organisme assureur.

2.2. LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations dues sont réglées, après réception et étude du dossier complet :

- à l'**Assuré** pour les garanties **Invalidité** Permanente suite à **Accident**, **Hospitalisation** suite à **Accident** et **Petits Accidents**,
- au(x) **Bénéficiaires(s)** pour la garantie Décès suite à **Accident**,
- à la personne ayant procédé au règlement des frais d'Obsèques en cas de décès d'un **Enfant** de moins de douze (12) ans.

Pour permettre l'étude des demandes de prestations, les pièces listées ci-dessous devront être adressées sous pli confidentiel au médecin conseil à APRIL Santé Prévoyance, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

En cas d'**Accident** provoqué par un tiers responsable, l'Assureur est subrogé dans vos droits c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

Attention :

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à APRIL vous expose et expose les **Assurés** au contrat, à une déchéance de garanties et à la résiliation du contrat.

En cas de sinistre Décès, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à APRIL expose les Bénéficiaires à une déchéance des garanties.

3. CE QUE LE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE - LES EXCLUSIONS

Sont exclues des garanties Décès suite à **Accident** et **Invalidité** Permanente suite à **Accident**, les suites et conséquences :

- des actes intentionnels, suicide ou tentatives de suicide de l'**Assuré**, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait,
- d'**Accident** antérieur à la prise d'effet des garanties du contrat ;
- d'état alcoolique de l'assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française ;
- de la consommation de stupéfiants, de médicaments ou de substances analogues autres que ceux prescrits médicalement ;
- de guerre, invasion, acte de guerre, que la guerre soit ou non déclarée, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection ou coup d'état civil ou militaire ;
- d'explosions ou dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation de noyau d'atome, ou de la radioactivité, ainsi que la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules ;

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- d'**Accident** d'aviation si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée,
- de toute participation, pratique, enseignement ou encadrement d'un sport à titre professionnel (organisées par ou sous la responsabilité d'une Fédération Nationale) ;
- de toute participation à titre amateur ou professionnel à des matchs, épreuves, raid ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur terrestre, aquatique ou aérien, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent,
- de toute participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, nécessitant l'utilisation d'engins aériens ainsi que la participation à des vols d'essai, vols sur prototype ;
- de la pratique à titre amateur ou professionnel des activités suivantes : alpinisme, escalade à plus de 20 mètres, plongée subaquatique à plus de 20 m de profondeur, navigation en solitaire et/ou à plus de 60 miles nautiques des côtes, spéléologie, saut à l'élastique, rafting, kite-surf, canyoning, hydrospeed, bobsleigh, ski hors-piste, hockey sur glace, saut à ski alpin ou nautique, ski acrobatique ou artistique, jumping, arts martiaux et tous sports de combat (à l'exception du judo), chasse aux bêtes fauves, parachutisme, vol à voile, deltaplane, parapente. Ne sont toutefois pas exclus les baptêmes de sports aériens et de plongée sous-marine ;
- de toute suite et conséquence directe ou indirecte de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives ;
- de la participation à une rixe (sauf légitime défense), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme ;
- d'une maladie de toute nature ;
- des lumbagos, sciatiques et hernies de tout type, même si ces affections sont d'origine traumatiques,
- des accidents liés à des troubles du système nerveux, à des troubles neuro-psychiatriques, à des troubles de l'appareil locomoteur ;

Sont exclus de la garantie *Petits Accidents* :

- les exclusions citées ci-dessus pour les garanties Décès suite à *Accident* et *Invalidité* Permanente suite à *Accident* ;
- toutes lésions corporelles autres que les *Fractures*, *Brûlures* du 2e ou 3e degré, les *entorses graves* et les *bris de dents* tels que définis au lexique ;
- les bris dentaires péri anesthésiques.

Sont exclus de la garantie *Hospitalisation* :

- Les exclusions citées ci-dessus pour les garanties Décès suite à *Accident* et *Invalidité* Permanente suite à *Accident* ;
- Les séjours dans un établissement thermal, dans un établissement climatique et de cure, dans un institut médico-pédagogique, dans un hospice, maison de retraite.

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone au 09 74 50 20 20, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » depuis votre Espace Assuré.

Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamations (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

– 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03).

Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous 48 heures (en jours ouvrés) ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, Nous nous engageons à Vous communiquer, sous 48 heures, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder 30 jours (30).

Médiation :

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, Vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au médiateur dont les coordonnées Vous seront communiquées par le Service Réclamation, sur simple demande écrite.

Le médiateur peut être saisi dans un délai d'un (1) an conformément à l'article L612-2 du Code de la consommation.

Si Vous avez adhéré aux présentes Conventions à distance par Internet, vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE

1. CONTENU DE VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Le présent contrat d'assistance garantit aux **Assurés**, l'accès à un service de mise en relation et, en cas de **Sinistre**, la possibilité de bénéficier de l'organisation et de la prise en charges de prestations d'assistance.

1.1. SERVICE DE MISE EN RELATION

Dès la date d'effet du contrat, Vous pouvez bénéficier d'une mise en relation avec des professionnels membre du réseau d'APRIL International Assistance (en fonction des disponibilités locales), pour l'ensemble des prestations ci-dessous :

- Livraison de repas
- Aide à la préparation de repas
- Livraison de course
- Aide aux tâches administratives quotidienne
- Petit bricolage et petit jardinage
- Aide-ménagère
- Garde d'enfant
- Garde d'animaux
- Soutien psychologique

Dans le cadre de cette mise en relation, l'**Assuré** ne bénéficiera d'aucune prise en charge financière de la part de l'Assureur, sauf si la demande de mise en relation fait suite à un **Sinistre**, dans les conditions définies à l'article 1.2 ci-dessus.

1.2. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

En cas de **Sinistre**, l'**Assuré** peut demander à APRIL International Assistance d'organiser et de prendre en charge l'une des prestations d'assistance listées ci-après.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Cette demande doit intervenir au plus tard dans les 6 (six) mois qui suivent la déclaration de votre **Sinistre** dans le cadre du contrat « ACCIDENT APRIL ».

Le montant pris en charge par l'Assureur au titre des prestations d'assistance, est fixé, en fonction de la nature du **Sinistre**, conformément au tableau ci-dessous.

Nature du Sinistre	Montant de prise en charge
<i>Petits accidents</i>	100€/an/Assuré
<i>Hospitalisation</i>	100€/an/Assuré
<i>Invalidité</i>	500€/Assuré
<i>Décès</i>	500€/Assuré

En cas de **Sinistre** multiples, il ne sera procédé qu'à une seule prise en charge au choix de l'**Assuré**.

Les prestations d'assistance auxquelles Vous pouvez faire appel en cas de **Sinistre** sont les suivantes :

A. DÉPLACEMENT/TRANSFERT

i. Présence d'un Proche

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge :

- soit le transport d'un **Proche** désigné par Vous, résidant en France métropolitaine, La Réunion, Corse ou Monaco afin qu'il vienne à votre **Domicile**.
- soit le transfert aller et retour de l'**Assuré** chez un **Proche**, et résidant en France métropolitaine, La Réunion, Corse ou Monaco.

ii. Rapatriement sanitaire

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge, votre rapatriement sanitaire.

Dans ce cas, en cas de **Sinistre**, l'**Equipe Médicale** d'APRIL International Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les mieux adaptées à votre état de santé, en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'**Équipe Médicale** d'APRIL International Assistance recommande votre rapatriement, APRIL International Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son **Equipe médicale**.

La destination du rapatriement est :

- soit le centre hospitalier le mieux adapté,
- soit le centre hospitalier le plus proche de votre **Domicile**.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de notre **Equipe médicale**.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne, l'avion sanitaire. Le choix final du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité de votre accompagnement et des moyens utilisés relève exclusivement de la décision de l'**Equipe médicale**. Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes.

L'Assureur peut vous demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être utilisé ou modifié. **Tout refus de la solution proposée par l'Equipe Médicale d'APRIL International Assistance, entraîne la déchéance de de la présente garantie.**

iii. Adaptation du véhicule au handicap :

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge, l'adaptation de votre véhicule à votre situation de handicap.

Cette garantie s'adresse aux **Assurés**, titulaire du permis de conduire, dont le handicap génère, de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un (1) an, une difficulté absolue pour réaliser au moins une (1) activité essentielle ou une difficulté grave pour réaliser au moins deux (2) activités essentielles de vie. La difficulté à accomplir ces activités est qualifiée d'absolue lorsqu'elles ne peuvent pas du tout être réalisées par la personne elle-même. Elle est qualifiée de grave lorsqu'elles sont réalisées difficilement et de façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée par une personne du même âge et en bonne santé.

La liste des activités concernées est répartie en quatre (4) grands domaines :

- La mobilité (exemples : les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement) ;
- L'entretien personnel (exemples : la toilette, l'habillement, l'alimentation) ;
- La communication (exemples : la parole, l'ouïe, la capacité à utiliser des moyens de communication)
- La capacité générale à se repérer dans l'environnement et à protéger ses intérêts (exemples : savoir se repérer dans le temps et dans l'espace, assurer sa sécurité).

Le véhicule aménagé peut être celui que l'**Assuré** utilise en qualité de conducteur ou en qualité de passager. Des options ou accessoires peuvent être pris en compte dans la mesure où ils répondent à un besoin directement lié au handicap.

iv. Trajets Domicile-hôpital ou médecin pour le suivi de la pathologie

En cas de **Sinistre**, si votre état de santé nécessite une **Hospitalisation** et sur prescription médicale, et si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge, le transport par ambulance de l'**Assuré** vers l'établissement hospitalier le plus proche du lieu où se trouve l'**Assuré**.

Si à l'issue de l'**Hospitalisation**, l'**Assuré** n'est pas en état de se déplacer dans les conditions normales et s'il justifie ne bénéficier d'aucune garantie d'assurance et/ou d'assistance susceptible de prendre en charge son rapatriement au **Domicile**, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2 organise et prend en charge le transport de l'**Assuré** de l'établissement hospitalier à son **Domicile**.

Cette prestation d'assistance s'applique aussi dans le cadre des visites du médecin traitant à domicile et qui serait soumise à des frais de déplacement.

B. AIDE À DOMICILE

i. Livraison, aide à la préparation des repas, courses, tâches administratives quotidienne,

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

bricolage, jardinage, ménage

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, accompagne et prend en charge le recours à des prestataires, pour aider l'**Assuré** à son propre **Domicile**, tel que défini à l'article 1.2.

ii. Garde d'enfant

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge de 7h à 19 h (sauf dimanche et jours fériés), au **Domicile** de l'**Assuré**, la garde des **Enfants**, **Petits-enfants** et ascendants dans la limite des disponibilités locales :

- soit le transfert aller et retour des **Enfants**, **Petits-enfants** et ascendants, chez une personne désignée par l'**Assuré** résidant en France métropolitaine, La Réunion, Corse ou Monaco, (l'accompagnement des **Enfants** est effectué si nécessaire).
- soit le transport d'une personne désignée par l'**Assuré** et résidant en France métropolitaine, La Réunion, Corse ou Monaco afin qu'elle vienne au **Domicile** de l'**Assuré** pour effectuer la garde des **Enfants**.

iii. Transfert d'un garde malade auprès de l'Assuré

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 3.2, organise et prend en charge le transport d'un garde malade proposé par APRIL International Assistance pour l'**Assuré** résidant en France métropolitaine, La Réunion, Corse ou Monaco afin qu'il vienne au **Domicile** de l'**Assuré**.

C. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge 24h/24 et 7j/7 d'un service d'écoute psychologique via un numéro de téléphone ou un e-mail. Le coût des communications est à la charge de l'**Assuré**.

Ce service de soutien psychologique, disponible en langues française et anglaise, est organisé en collaboration avec une société spécialisée dans les prestations d'assistance psychologique.

En ayant recours à ce service, Vous entrez en contact avec des écoutants professionnels composés de psychologues cliniciens, psychologues victimologues et consultants experts qualifiés et formés.

Déroulement de la prestation :

En composant le numéro de téléphone, Vous serez immédiatement mis en relation avec un écoutant. Les appels traités par les écoutants font l'objet d'un total anonymat et d'une totale confidentialité, conformément au Code de déontologie de la profession des psychologues.

Lors du premier appel, un numéro d'entretien Vous sera communiqué. Ce numéro Vous sera demandé lors de vos appels ultérieurs éventuels, afin qu'un lien rapide puisse être réalisé avec votre dossier. Dans l'hypothèse où malgré les moyens mis en place, il ne serait pas possible de répondre immédiatement à vos appels, Vous serez rappelé dans un délai qui ne sera pas supérieur à une (1) heure.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

La médiation téléphonique n'est pas à confondre avec le travail psychothérapique effectué en face à face. **En aucun cas, l'écouter professionnel ne s'autorise à débiter une psychothérapie par téléphone.**

D. AIDE ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, met à disposition de l'**Assuré** et prend en charge, une cellule d'écoute et d'accompagnement social en offrant des services d'aide aux démarches administratives, d'information, de conseils et d'orientation par courriel et/ou téléphone en cas de **Sinistre**, de 9h à 18h les jours ouvrés. Nous intervenons à vos côtés dans les domaines suivants :

- Famille : difficultés conjugales et/ou parentales, séparation, divorce, droit de garde, décès, pensions alimentaires, éducation, garde d'enfants, etc.
- Santé : accompagnement des addictions, soutien aux demandes CPAM, assistance à la constitution des dossiers, vérification des pièces et formulaires, etc.
- Handicap et Maintien dans l'emploi : accompagnement aux démarches MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées), PCH (Prestation de compensation du handicap) : demande d'allocations adulte handicapé, droit du travail appliqué aux travailleurs handicapé, accompagnement à la reprise de poste, etc.
- Logement : nouvelle résidence étudiante, aide aux recherches, au montage du dossier de demande d'aide au logement, allocations et prestations diverses, mise en relation avec les acteurs (bailleurs, propriétaires), etc.
- Budget : gestion du budget familial, recours aux prestations sociales de droit commun ou privé, relations avec les organismes créanciers, gestion et optimisation du budget familial, etc.
- Emploi : relations interpersonnelles au travail, difficultés managériales, etc.
- Aide administrative : aide à la rédaction de courriers administratifs divers (énergie, CAF, demande de passeports, résiliation opérateurs téléphoniques).

La mission d'orientation, d'appui aux démarches administratives, de médiation, de l'assistant(e) de service social remplit les obligations et les dispositions relatives au service social du travail (article L 4631-1 du Code du travail) et au secret professionnel (article 226-13 et 226-14 du Code pénal).

Les assistants de service social sont soumis au secret professionnel, selon le Code de déontologie du Code de l'Action sociale et des Familles. Aucune information Vous concernant ne sera transmise sans votre accord.

L'accompagnement social se fera essentiellement par téléphone, selon vos besoins et l'expertise de l'assistant(e) de service social. Si nécessaire, Vous pourrez être orienté vers d'autres services sociaux plus proches de chez vous.

E. AIDE AU RETOUR AU DOMICILE

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance délivre des conseils et des recommandations pour accompagner l'**Assuré** (ou ses **Proches**) dans ses démarches de maintien à **Domicile**. En fonction des besoins recensés par APRIL International Assistance et à la demande de l'**Assuré**, un ergothérapeute pourra réaliser un diagnostic plus complet,

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

sur l'aménagement de l'habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention et d'adaptation.

Il est à votre disposition dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.

APRIL International Assistance prend en charge dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2 :

- l'intervention de l'ergothérapeute pour réaliser le bilan de l'habitat (frais de déplacement et les éventuels frais liés à la réalisation des devis)
- les frais d'adaptation
- livraison de matériel médical (sans prise en charge du matériel)

F. CONDUITE A L'ÉCOLE OU ACTIVITE EXTRA-SCOLAIRES

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge :

- la recherche de prestataire pour l'accompagnement des **Enfants** ou **Petits-enfants** de l'**Assuré** à l'école ;
- la recherche et la communication à l'**Assuré** d'informations concernant les activités correspondant à l'âge de l'**Enfant** (cours d'éveil, idées de sorties culturelles, cinéma à l'affiche, aider à faire les devoirs, etc.).

G. TRAJET DOMICILE/LIEU DE TRAVAIL

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge le transport de l'**Assuré** vers son **Domicile** ou son lieu de travail.

H. REMBOURSEMENT DES FRAIS D'HÔTEL EN CAS D'ACCIDENT D'UN ENFANT MINEUR

En cas d'**Accident** d'un de vos **Enfants** mineurs, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge vos frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement).

I. AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge l'intervention d'un consultant spécialisé afin d'identifier les contraintes de la situation professionnelle antérieure au regard de l'état de santé de l'**Assuré**, apporte des conseils pour apprendre à travailler avec son handicap et analyse la faisabilité d'une reprise d'activité au sein de l'entreprise ou d'un reclassement professionnel.

En fonction de la situation un plan d'action pourra être mise en place afin de Vous accompagner dans la perspective de retour à la vie active afin de prévenir la démobilité et le risque d'une désinsertion professionnelle :

- **Soutien administratif** : aide à la constitution du dossier.

Nous Vous adressons un dossier à compléter et à nous retourner afin d'analyser votre situation personnelle et votre bilan de carrière. Vous y trouverez également un manuel sur les différentes

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

techniques de recherche d'emploi, conseil pour rédiger votre curriculum vitae et les démarches à accomplir. Un guide d'auto-évaluation et d'orientation Vous permettra d'identifier vos points forts afin de cibler le poste recherché.

● **Soutien technique** : l'entretien téléphonique

A réception de votre dossier, Nous Vous contacterons pour fixer un rendez-vous téléphonique à votre convenance afin :

- de procéder à une analyse de votre situation personnelle et professionnelle, de votre bilan de carrière et du projet professionnel envisagé,
- de Vous aider dans la constitution des dossiers administratifs et de Vous apporter des conseils dans la rédaction de curriculum vitae,
- d'établir un plan d'action adapté à votre situation (reconnaissance de la qualité de « travailleur handicapé », recherche d'emploi, formation, ...),
- de Vous préparer aux entretiens d'embauche.

● **Soutien logistique** : la mise en relation avec des entreprises

Après avoir déterminé votre projet, les moyens à mettre en œuvre pour l'atteindre et les caractéristiques de l'entreprise recherchée (secteur d'activité, taille, région...), Nous effectuons une recherche approfondie et Vous adressons une sélection d'entreprises répondant aux critères recherchés (cent (100) adresses au maximum).

● **Le suivi**

Tous les deux mois (2) et pendant une durée d'un an (1) maximum depuis la date de constitution de votre dossier, Nous Vous rappelons afin de suivre l'évolution de votre recherche d'emploi et le bon déroulement du plan d'action.

Le cas échéant nous effectuerons une réorientation de stratégie et nous Vous fournirons chaque fois que de besoin toute information utile au bon déroulement du plan d'action.

A votre demande, APRIL International Assistance Vous met en relation du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures avec un organisme spécialisé dans l'accession et le retour à l'emploi.

J. SORTIE, GARDE ET PLACEMENT DES ANIMAUX

En cas de **Sinistre**, si Vous souhaitez bénéficier de cette prestation, APRIL International Assistance, dans la limite du plafond de garantie fonction de la nature du **Sinistre** tel que défini à l'article 1.2, organise et prend en charge :

- la garde à l'extérieur des animaux de compagnie à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires.
- Les services suivants :
 - Coiffeur / esthéticienne à domicile
 - Cours de conduite (remise en confiance, conduite en situation de météo défavorable...)
 - Assistance informatique (aide téléphonique pour mise en service d'internet, installation de matériel, aide sur pack office)
 - Coaching (santé, forme, diététique...)

2. DEMANDE D'ASSISTANCE

Toute demande d'assistance doit sous peine d'irrecevabilité, être formulée directement auprès des services d'APRIL International Assistance par tous les moyens (téléphone, mail ou envois postaux).

Pour toute intervention, l'Assuré (ou toute personne agissant en son nom) doit :

(Seules les prestations d'assistance que vous avez avancées avec **notre accord préalable** peuvent vous être remboursées)

1. contacter APRIL International Assistance sans délai

Par téléphone :

En France métropolitaine : 01.41.61.19.10

De l'étranger : +33 1 41 61 19 10

Par mail : assistance@april.com

2. Fournir les renseignements suivants :

- votre numéro client,
- votre nom et prénom, le lieu où il vous vous trouvez et, si possible le numéro de téléphone et le moment où Vous pourrez éventuellement être contacté,
- la nature des difficultés motivant l'appel.

3. Faire connaître par tout moyen

En cas de blessure : les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le blessé, afin qu'APRIL International Assistance puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisi par les médecins ou par le patient (avec l'accord de ces derniers).

Pour toute correspondance écrite à l'attention d'APRIL International Assistance, s'adresser à :

APRIL International Assistance
110 avenue de la République
75011 PARIS

Sans omettre de préciser votre numéro d'**Assuré** délivré et de joindre toutes pièces de nature à établir la matérialité tant de l'événement que de vos débours.

APRIL International Assistance ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect, par le l'**Assuré**, des dispositions qui précèdent.

Obligation de l'Assuré en cas d'assistance :

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, l'**Assuré** s'engage à fournir à APRIL International Assistance :

- soit concurremment à sa demande écrite,
- soit dans les cinq (5) jours suivant son appel (sauf cas fortuit ou force majeure), tout acte, pièce, facture et certificat de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des présentes garanties.

Faute par l'**Assuré** de respecter les dispositions qui précèdent, APRIL International Assistance serait en droit de lui réclamer le remboursement des frais exposés.

Obligation d'April International Assistance en cas d'assistance :

Nous nous engageons à mobiliser tous les moyens dont nous disposons pour mettre en œuvre les prestations et garanties du présent contrat. En effet, notre engagement repose sur une obligation de moyens et non de résultat. Nous ne pouvons être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial que vous avez subi à la suite d'un événement garanti ayant nécessité notre intervention.

3. EXCLUSIONS

Sont exclus du présent contrat :

- Les frais engagés sans notre accord préalable,
- Toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les visites médicales de contrôle, les Hospitalisations de contrôle,
- Les *Hospitalisations* prévues ou intermittentes et celles non directement consécutives à un *Accident*.

4. 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.

5. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation à formuler quant à la gestion des garanties d'assistance, Vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamations (par mail : assistance@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Assistance – 110 avenue de la République - 75011 Paris).

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, Vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à sa disposition, faire appel au médiateur dont les coordonnées vous seront communiquées par le Service Réclamations, sur simple demande écrite.

Le médiateur peut être saisi dans un délai d'un (1) an conformément à l'article L612-2 du Code de la consommation.

Si Vous avez adhéré aux présentes Conventions à distance par Internet, vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Vous êtes tenu de faire éléction de **Domicile** en France continentale pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un **Sinistre**.

LEXIQUE

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté de l'**Assuré** dont est victime un **Assuré** dans le cadre de sa **Vie Privée** survenue pendant la période de validité des garanties et provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure à l'organisme.

Sont également assimilés à des **Accidents** :

- les Accidents Médicaux,
- la noyade et l'hydrocution.

Ne sont pas considérés comme des **Accidents** :

- Les conséquences d'une crise d'épilepsie, de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale, d'une hémorragie méningée et d'un accident vasculaire cérébral,
- les **Brûlures** dues à une exposition au soleil ou à l'utilisation d'un appareil quelconque de bronzage artificiel.

Accident médicaux :

Sont considérés comme des **Accidents Médicaux** au sens du présent contrat, les accidents causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code la Santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels. Il y a **Accident Médical** lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de caractère médical a eu sur l'**Assuré** des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de son état initial ou de l'évolution de l'affection ou du traumatisme en cause.

Assuré :

Personne physique sur la tête de laquelle repose les garanties, c'est-à-dire « Vous » en tant que **Souscripteur** ou le cas échéant votre **Conjoint** assuré et vos **Enfants** dont les noms sont indiqués dans les **Conditions particulières** et pour lesquels les cotisations correspondantes ont été payées.

Barème de droit commun :

Le barème de droit commun du concours médical correspond au Barème Indicatif d'évaluation des taux d'Incapacité en Droit Commun.

Il sert à mesurer l'étendue de la diminution des aptitudes de la personne à la suite de lésions corporelles et permet ainsi de traiter de façon égalitaire les victimes face à l'évaluation pécuniaire des préjudices. Il tient compte également de l'évolution des techniques médicales et des progrès des thérapeutiques.

Il est élaboré et actualisé par des médecins spécialistes.

Bénéficiaire :

Pour la garantie Décès suite à Accident :

Personne(s) choisie(s) par l'**Assuré** pour recevoir le capital décès. En cas de décès de l'**Assuré**, le capital est versé au(x) **Bénéficiaire(s)** indiqué(s) sur les **Conditions particulières** ou désigné(s) ultérieurement sous réserve que cette désignation ait été portée à la connaissance de l'Organisme assureur.

L'**Assuré** peut modifier la clause de désignation lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation de cette dernière par le **Bénéficiaire** qui la rend irrévocable. La désignation de **Bénéficiaire(s)** peut

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

en outre être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le **Bénéficiaire** est nommément désigné, l'**Assuré** peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier.

Les conséquences de l'acceptation du **Bénéficiaire** sont les suivantes : L'**Assuré** doit donner son accord préalable à toute acceptation du bénéfice du contrat par la personne désignée. L'acceptation peut prendre la forme, soit d'un avenant signé de l'assureur, de l'**Assuré** et du **Bénéficiaire**, soit d'un acte authentique ou sous-seing privé signé de l'**Assuré** et du **Bénéficiaire** et notifié à l'assureur. L'acceptation du **Bénéficiaire** rend sa désignation irrévocable et aucune modification du contrat ne pourra être effectuée sans son accord.

A défaut de désignation de **Bénéficiaire(s)** ou si la désignation faite s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées au conjoint survivant de l'**Assuré** non divorcé ni séparé de corps judiciairement au moment du décès ou au cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité en vigueur au jour du décès, à défaut à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, à défaut à ses héritiers par parts égales entre eux. En ce qui concerne les **Enfants** de douze (12) ans et plus, la somme prévue est versée au **Bénéficiaire** désigné sur la demande de souscription et à défaut aux ayants-droit légaux par parts égales.

En ce qui concerne les **Enfants** de moins de douze (12) ans, le capital est versé à la personne physique ayant financé les obsèques.

Pour la garantie **Invalidité** Permanente suite à **Accident, Hospitalisation** suite à **Accident** et **Petits Accidents** :

Les sommes dues seront payées à l'**Assuré** lui-même.

Bris de dent :

Fracture d'une dent définitive saine ayant entraîné la pose d'une prothèse dentaire, ou fracture d'une dent de lait saine sous réserve que le germe de la dent définitive ait été atteint.

Brûlure au 2ème degré :

Destruction de l'épiderme provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels et donnant lieu à l'apparition de phlyctènes.

Pour être prise en charge au titre de la présente garantie, la superficie de la brûlure devra être d'au moins 9% de la surface corporelle selon la règle des neufs de Wallace et avoir entraîné une hospitalisation d'au moins vingt-quatre heures (24h) ou un acte de chirurgie.

Brûlure au 3ème degré :

Destruction totale de l'épiderme et du derme provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels.

Pour être prise en charge au titre de la présente garantie, la superficie de la brûlure devra être d'au moins 9% de la surface corporelle selon la règle des neufs de Wallace et avoir entraîné une hospitalisation d'au moins vingt-quatre heures (24h) ou un acte de chirurgie.

Conditions particulières :

Document remis au **Souscripteur** constatant sa souscription au contrat « ACCIDENT APRIL » qui précise notamment les **Assurés** au contrat, les garanties souscrites, leurs montants et leur date d'effet.

Conjoint :

L'époux ou l'épouse du **Souscripteur**, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité non dissout avec le **Souscripteur**. Si le Conjoint est assuré au titre du contrat, son nom est indiqué dans les Conditions particulières.

Domicile :

Le lieu de résidence habituelle de l'**Assuré**, en France métropolitaine, Corse, Département d'Outre-mer (DOM) à l'exclusion de Mayotte, ou dans une Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint Barthélemy et Saint Martin.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Enfant :

Enfants légitimes, naturels ou adoptifs du **Souscripteur** ou de son **Conjoint** assuré, jusqu'au 31 décembre de leur 18^{ème} anniversaire, ou de leur 25^{ème} anniversaire s'ils sont toujours fiscalement à charge. La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française. Si l'Enfant est assuré au titre contrat, son nom est indiqué dans les **Conditions particulières**.

Entorse grave :

Rupture complète d'un ligament confirmée à l'IRM ou l'arthroscanner.

Équipe médicale :

Structure d'assistance médicale d'APRIL International Assistance.

Fracture :

Rupture complète d'un os, avec ou sans déplacement de fragments osseux. Le diagnostic de cette fracture est effectué à l'aide d'une radiographie et/ou d'un examen complémentaire. (scanner, IRM)

Franchise relative en cas d'Invalidité Permanente :

La franchise relative est le taux d'**Invalidité** Permanente figurant aux **Conditions particulières**, à partir duquel l'**Invalidité** Permanente peut donner lieu à indemnisation. Aucune prestation ne sera accordée si le taux d'**Invalidité** permanente est inférieur au taux de franchise relative.

Hospitalisation :

Fait de recevoir des soins nécessitant un séjour minimal de vingt-quatre heures continues (24h), dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilité(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire) pendant la période de validité des garanties.

À l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin conseil de l'assureur (ou ses mandataires) peut avoir accès.

Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'un **Accident** ainsi que les hospitalisations à domicile, ne sont pas couvertes.

Invalidité :

Etat qui place l'**Assuré** à la suite d'un **Accident**, en état d'**Invalidité** Permanente. Pour qu'il y ait **Invalidité** Permanente, l'**Assuré** doit présenter un taux d'**Invalidité** permanente supérieur ou égal à la Franchise relative de 5%.

Lettre Recommandée Electronique :

Pour être conforme et recevable, une Lettre Recommandée Electronique doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier le tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire et d'établir si le document a été déposé et remis au destinataire, conformément aux dispositions de l'article L100 du Code des Postes et des Communications Electroniques.

Petits Accidents :

Sur ce présent produit, concerne la fracture, la brûlure au 2^{ème} et 3^{ème} degré, l'Entorse grave et le bris de dent.

Petit-enfant :

Petit-enfant mineur du **Souscripteur** et/ou de son **Conjoint** assuré et ce, dès lors que ce petit enfant se trouve sous la garde temporaire du **Souscripteur** ou de son **Conjoint** assuré, uniquement pendant la période des vacances scolaires du **Petit-enfant**, lors de la survenance de l'**Accident**.

Proche :

Pour la garantie assistance : Personne physique désignée par vous ou un de vos ayants droit.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Sinistre :

Toute déclaration faite par l'**Assuré** et ouvrant droit à indemnisation au titre du contrat « ACCIDENT APRIL ».

Souscripteur :

Il s'agit de la personne physique qui souscrit le contrat ACCIDENT APRIL et s'est engagée au paiement des cotisations. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente notice. Le **Souscripteur** est également assuré au titre du contrat ACCIDENT APRIL.

Subrogation

Toute personne bénéficiant de ce contrat subroge l'Assureur de la garantie dans ses droits et actions, contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par lui.

Vie privée :

L'ensemble des périodes de la journée qui ne répond pas à la définition de la **Vie professionnelle**.

Vie professionnelle :

La période de la journée pendant laquelle un **Assuré** exerce une activité salariée ou rémunérée. Entre dans cette période le temps de trajet de l'**Assuré** pour se rendre directement sur les lieux de son activité et pour rentrer directement à son domicile.

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

- › Votre demande d'adhésion est prise en charge le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
- › Dans les jours qui suivent la validation de votre contrat, vous recevez votre dossier d'assuré.

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?
Contactez-nous au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé).
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h.

FRAIS DE GESTION

Les opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance engendrent des frais imputés selon le barème suivant :

- › Frais de dossier : 20 €.
- › Avenant au contrat : 10 €.
- › Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- › Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- › Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace assurés APRIL rubrique Mes infos pratiques / Mes guides pratiques.

APRIL, CHANGER L'IMAGE DE L'ASSURANCE

APRIL, groupe international de services en assurance, leader des courtiers grossistes en France, a choisi depuis sa création en 1988, de placer le client et l'innovation au cœur de son développement avec une seule ambition : rendre l'assurance plus simple et plus accessible à tous.

APRIL conçoit, gère et distribue des solutions spécialisées d'assurance en santé-prévoyance, dommage, mobilité et protection juridique, ainsi que des prestations d'assistance pour les particuliers, les professionnels et les entreprises.

Avec plus de 3 800 collaborateurs, APRIL est présent en Europe, en Amérique, en Asie, en Afrique et au Moyen-Orient. Le groupe a réalisé en 2017 un chiffre d'affaires consolidé de 928,4 M€.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419.
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr).
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459
75436 Paris Cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance
(pour les garanties prévoyance) et AXERIA Assistance Limited (pour les garanties assistance).



L'assurance en plus facile.