



Garanties

Garanties

Responsabilis Santé

[des solutions] économiques pour les personnes responsables



*Prenez la liberté
d'économiser en
préservant votre
capital santé*



Points forts

- Economique
- Astucieux et responsable
- Aucun délai d'attente
- Vos remboursements en 24 heures
- Vos remboursements en ligne sur l'Espace Assurés : www.april.fr

Une complémentaire Santé qui vous veut du bien !

Faites des économies !

Pour vous, la santé est très importante, mais vous souhaitez maîtriser votre budget?

APRIL Assurances vous propose la solution adaptée : "Responsabilis Santé"

Avec Responsabilis, vous bénéficiez de 10 à 30% d'économies sur le prix de votre complémentaire santé*.

(*par rapport à une complémentaire santé classique, selon la zone géographique de résidence.)

Vous avez un comportement responsable et vous souhaitez avoir un contrat Santé qui vous ressemble ?

Vous trouvez normal que plus on utilise un service, plus on le paye ?

Nous vous proposons donc un contrat qui prévoit l'application de frais associés à la gestion de vos prestations à hauteur de 1,50 € à chaque fois que vous bénéficiez d'un remboursement au titre de vos garanties.



A qui s'adresse Responsabilis ?

A vous, qui souhaitez maîtriser votre santé,

A vous, qui n'avez pas l'habitude de consulter beaucoup, mais qui prenez soin de votre santé,

A vous, qui avez un comportement responsable et, qui acceptez de prendre en charge certaines dépenses de pharmacie.

Comment bien choisir votre complémentaire Santé ?

Votre Assureur Conseil est un spécialiste des produits d'assurance, pour lequel nous avons développé un outil d'analyse de vos besoins. En réalisant un audit de vos besoins, il saura vous conseiller la complémentaire santé APRIL la mieux adaptée à votre situation.

Si vous utilisez votre complémentaire, comme 75% des français, moins de 2 fois par mois par personne, ce produit est idéal : les économies réalisées par rapport à une complémentaire classique sont importantes : jusqu'à 30% d'économies réalisées !

Concrètement comment ça marche ?

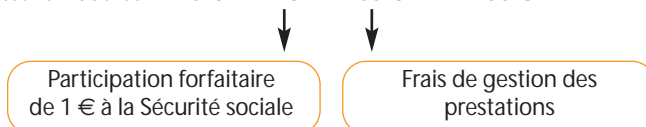
Prenons des exemples simples.

1. Vous allez consulter votre médecin généraliste dans le parcours de soins.

Vous payez la consultation 25 €.

Vous avez souscrit Responsabilis Santé, Niveau Confort remboursé à 150% TC.

Vous êtes remboursé* : $25 \text{ €} - 1 \text{ €} - 1.50 \text{ €} = 22.50 \text{ €}$



2. Votre vision a changé : vous devez changer de lunettes.

Votre monture coûte 120 €, et vos verres 170 €, soit un montant de 290 €

Vous avez choisi le niveau Confort, vous êtes remboursé* :

$290 \text{ €} - 1.50 \text{ €} = 288.50 \text{ €}$

* La somme indiquée comprend la part prise en charge par votre Régime Obligatoire et le remboursement au titre du contrat RESPONSABILIS santé.

3. Vous allez à la pharmacie : niveaux Equilibre et Confort dans le parcours de soins.

Suite à une consultation chez votre médecin, vous allez le lendemain à la pharmacie pour acheter vos antibiotiques, pour un montant total de 16.50 €.

Vous êtes remboursés* :

Pour la consultation : 25 € - 1 € - 1.50 € = 22.50 €

Pour votre ordonnance, nous remboursons directement votre pharmacien (service Tiers payant). Cela donnera lieu à l'application des frais de gestion des prestations de 1, 50 € que nous déduisons de votre prochain remboursement.

* Les remboursements indiqués représentent la part de votre régime obligatoire, ainsi que la part APRIL Assurances.

Quelles garanties ?

Responsabilis Santé est un produit simple, efficace et astucieux : vous choisissez parmi 3 niveaux de garanties : Niveau Eco, Niveau Equilibre, Niveau Confort.

> Le niveau Eco

Un tarif ajusté pour ceux qui n'ont pas besoin de remboursements de pharmacie aux frais réels ni du Tiers Payant et qui acceptent de prendre en charge une partie des frais de pharmacie.

Une attitude efficace et engagée !

La Haute Autorité de Santé décide du remboursement de chaque médicament en fonction de son SMR (Service Médical rendu). Notre niveau Eco vous permet d'être toujours très bien remboursé sur les médicaments jugés "importants, et présentant un caractère indispensable", comme par exemple les antibiotiques. Parmi l'ensemble des médicaments remboursés par la Sécurité sociale, ces médicaments représentent 76.5 % de la consommation.

Une attitude Economique !

Parce que vous souhaitez prendre soin de votre santé et de votre budget, vous réaliserez d'importantes économies grâce à cette Attitude Eco.

> Le niveau Equilibre

Une couverture efficace qui couvre bien vos dépenses de santé onéreuses : optique (200 € par personne par année d'adhésion), dentaire ou hospitalisation. Vous bénéficiez en plus du Tiers Payant.

> Le niveau Confort

Toutes vos garanties sont renforcées, et prennent en charge certains dépassements d'honoraires (hospitalisation, consultation chez votre médecin généraliste ou votre spécialiste, dépenses optiques ou dentaires...). Vous bénéficiez aussi du Tiers Payant.

Responsabilis Santé, c'est aussi des services innovants



> Le coaching nutritionnel

Parce qu'APRIL Assurances s'investit dans la santé et dans la prévention, un programme de coaching nutritionnel vous est proposé.

Ce programme vous sensibilise à la diététique dans une logique de bien-être et de prévention, vous permet d'évaluer vos apports alimentaires, et vous apporte si besoin un rééquilibrage alimentaire.

Vous serez encadré par nos partenaires professionnels de la santé nutritionnelle, vous bénéficierez de tous les conseils et astuces adaptés à votre situation.

Pour en savoir plus sur ce coaching, rendez-vous sur votre Espace Assuré : www.april.fr !



> La prévention

Rendez-vous sur votre Espace Assurés en vous connectant sur www.april.fr ! Soyez curieux, vous trouverez une plate forme prévention, qui vous aidera à préserver votre capital santé, quel que soit votre âge ou votre situation. : Tests, quizz, astuces et conseils...



Pas de délai d'attente

Garanties

Prestations en pourcentage du tarif de convention et / ou de la base de remboursement sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés.

Limite d'âge à l'adhésion : 65 ans.

Responsabilis Santé	Niveau éco	Niveau équilibre	Niveau confort	Pour y voir plus clair...	
Frais hospitaliers en secteur conventionné					
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Ex : opération de l'appendice Coût total de l'opération : 834 €, dont 550 € de dépassement d'honoraires des praticiens. Niveau Confort : pour 834 € dépensés, vous serez intégralement remboursés**.	
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels		
Honoraires chirurgicaux	100 %	300 %	300% la 1 ^{ère} année puis 500 %		
Chambre particulière (hospi. et maternité)	Néant	30 € par j	50 € par j		
Frais d'accompagnement enfant assuré - 18 ans	Néant	15 € par J	25 € par J		
Maison de repos et assimilés	100 % pendant 60 J	100 % pendant 120 J	100 % pendant 180 J		
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	150 %		
Soins inopinés à l'étranger	100 %	100 %	100 %		
Frais hospitaliers en secteur non conventionné					
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Ex : Dentaire Pose d'une couronne céramo-métallique Prix total : 460 € Niveau Confort : pour 460 € dépensés, votre remboursement atteindra 321 €**.	
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %		
Honoraires chirurgicaux	100 %	100 %	100 %		
Chambre particulière (hospi. et maternité)	Néant	Néant	Néant		
Frais médicaux					
Consultations, visites en parcours de soin	100 %	100 %	150 %		
Actes médicaux courants, soins externes et radiologie en parcours de soins*	100 %	100 %	150 %		
Auxiliaires médicaux, analyses	100 %	100 %	150 %		
Appareillage (orthopédie, prothèses auditives, petit appareillage)	100 %	100 %	150 %		
Transport	100 %	100 %	150 %		
Pharmacie					
Prise en charge par le RO	30% ⁽¹⁾	100 %	100 %		
Frais dentaires					
Orthodontie prise en charge par le RO	100 %	150 %	200 %	Ex : Optique Monture + verres Niveau Confort : pour 280 € dépensés, vous serez intégralement remboursés**.	
Prothèses dentaires prises en charge par le RO	100 %	100 % la 1 ^{ère} année puis 175 %	150 % la 1 ^{ère} année puis 300 %		
Orthodontie et prothèses dentaires non remboursées par le RO mais avec cotation	Néant	100 %	150 %		
Plafond années 1 et 2	Néant	Néant	750 €		
Plafond années suivantes	Néant	Néant	1 500 €		
Soins dentaires	100 %	150 %	200 %		
Forfait soins dentaires non remboursés (Actes Hors Nomenclatures) : implants dentaires et parodontologie	Néant	100 €	150 €		
Frais d'optique					
Monture, verres, lentilles acceptés par le RO Lentilles refusées par le RO et lentilles jetables Lentilles Forfait traitement de la myopie	50 € la 1 ^{ère} année puis 100 €	100 € la 1 ^{ère} année puis 200 €	150 € la 1 ^{ère} année puis 300 €		
Maternité					
forfait naissance/adoption	Néant	50 € la 1 ^{ère} année puis 100 €	50 € la 1 ^{ère} année puis 150 €		

*Conformément à la loi du 13 août 2004 : 1) Les visites, consultations et actes techniques d'imagerie (radiologie) réalisés par des médecins hors parcours de soins pourront donner lieu à des hausses du ticket modérateur et/ou des dépassements d'honoraires que ce contrat ne pourra rembourser. 2) Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur, sauf pour les vaccins en niveau "Eco".

- Les forfaits et plafonds de garanties figurant dans ce tableau ne sont valables qu'une fois par bénéficiaire et par année d'adhésion en cours. Ils ne peuvent donc pas être reportés d'une année sur l'autre.

- Votre âge est celui que vous aurez au 31 décembre de l'année d'adhésion.

** Sous réserve de l'application des frais de gestion des prestations d'une valeur de 1.50 €.

Comprendre

(1) en plus des remboursements du RO
 RO = Régime obligatoire
 TC = Tarif de convention en France métropolitaine.
 Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

Le contrat RESPONSABILIS SANTE est un contrat d'assurance complémentaire santé de type individuel soumis à la législation française et notamment au Code des assurances. L'Organisme assureur de ce contrat est AXERIA Prévoyance.

RESPONSABILIS SANTE est un contrat de type "responsable" c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

En conséquence, vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les "Contrats responsables".

Si vous exercez une activité non salariée non agricole et souhaitez bénéficier du dispositif fiscal "Madelin" (loi n° 94-0126 du 11/02/1994 et ses décrets d'application), votre souscription s'inscrira dans le cadre d'une adhésion à la convention groupe à adhésion facultative conclue entre l'Association des Assurés d'APRIL et AXERIA Prévoyance.

Votre adhésion au contrat RESPONSABILIS SANTE est constituée par votre demande d'adhésion, les présentes conditions générales et votre Certificat d'adhésion.

Pour vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule est défini au Lexique.

1. A qui s'adresse ce contrat ? _____

Pour bénéficier de ce contrat, vous devez :

- résider en France (**à l'exclusion des Territoires d'Outre-Mer**),
- relever d'un régime d'assurance maladie français,
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de votre 65^{ème} anniversaire.

2. Quel est l'objet de ce contrat ? _____

Il prend en charge le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par les Bénéficiaires dans la limite des garanties et du niveau que vous avez choisis.

3. Que prend-il en charge ? _____

Ce contrat prend en charge le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un Régime obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Ces dépenses de santé doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de votre adhésion.

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par le Régime obligatoire du Bénéficiaire, sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties.

Les garanties sont exprimées en pourcentage du Tarif de convention ou du Tarif d'autorité ou de toute autre participation fixée par la réglementation Sécurité sociale en vigueur à la date des soins.

Pour les actes conventionnés ou non conventionnés concernés par la nouvelle nomenclature CCAM, les garanties exprimées en pourcentage du Tarif de Convention, du Tarif d'Autorité, du Tarif de Responsabilité ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité désignent des remboursements en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

Si les remboursements de votre Régime obligatoire venaient à être modifiés en cours d'année, l'Organisme assureur pourrait conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant cette modification.

Les remboursements sont toujours effectués poste par poste selon le niveau que vous avez choisi, conformément au tableau

des garanties et déduction faite du remboursement de votre Régime obligatoire ou de tous autres organismes.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

Lorsque le tableau des garanties mentionne l'existence d'un plafond de remboursement, celui-ci s'entend par Année d'adhésion et par Bénéficiaire.

Concernant plus particulièrement :

L'hospitalisation :

• **Les séjours hospitaliers en secteur non conventionné** sont remboursés sur la base de 100% de la Base de remboursement du Régime obligatoire.

• **Garantie maison de repos et assimilés :**

Sont pris en charge au titre de cette garantie:

- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (**à l'exclusion de la thalasso-thérapie**) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues,

Cette garantie comprend le forfait journalier mais **exclut toute prise en charge de la chambre particulière.**

La psychiatrie :

• **Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilées réalisées "hors parcours de soins coordonnés" sont prises en charge dans la limite de 3 consultations maximum par Année d'adhésion et par Bénéficiaire.**

• Toute hospitalisation pour motif psychiatrique en établissements conventionnés est prise en charge **dans la limite de 60 jours par Année d'adhésion** sur la base de 100% du Tarif de convention y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière.**

Les prestations de prévention :

Votre contrat prend en charge l'ensemble des prestations de prévention prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et définies par arrêté du 8 juin 2006, **à l'exception des vaccinations qui ne sont pas prises en charge si vous avez souscrit le Niveau Eco.**

Le dentaire :

• **Les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie donnant lieu à cotation mais non remboursées** par la Sécurité sociale sont pris en charge sur la base du Tarif de convention.

• **Forfait soins dentaires hors nomenclature :**

Sont prises en charge au titre de cette garantie les dépenses d'implants, d'actes de parodontologie ou de prévention des caries **dans la limite d'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion**

L'optique :

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les verres, montures, lentilles et les frais de traitement de la myopie par opération laser, **dans la limite d'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

Les forfaits :

• **Forfait cure thermale :**

Votre contrat prend en charge les frais de cure thermale pris en charge par votre Régime obligatoire, **à l'exclusion de tout autre frais**, tels que les frais de transport ou les soins annexes à la cure thermale. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

• **Forfait naissance/adoption :**

La naissance d'un enfant ou l'adoption fait l'objet du versement d'un

APRIL ASSURANCES

27 Rue Maurice Flandin

BP 3343

69403 LYON CEDEX 03

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

forfait. Ce forfait est versé au Bénéficiaire pour la naissance ou l'adoption d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples.

Il exclut le remboursement de tout autre frais, sauf les dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale ou de complication pathologique et le supplément chambre particulière, qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi.

Si l'Adhérent et son Conjoint sont Bénéficiaires, il n'est versé qu'un seul forfait.

4. Que faut-il faire pour obtenir vos remboursements ?

4.1 : Les documents à nous adresser :

Pour toutes les prestations pour lesquelles vous bénéficiez de la télétransmission, vos remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, vous devrez adresser à APRIL Assurances dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par votre Régime obligatoire :

- les décomptes originaux du régime obligatoire,
- les notes ou factures acquittées détaillant les actes et prestations réalisés,
- les décomptes établis par les éventuels autres organismes,

Pour bénéficier du forfait naissance vous devrez nous transmettre une copie de votre livret de famille dans les trois mois qui suivront la naissance et l'adoption de l'enfant.

4.2 : Les modalités de remboursement :

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme 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.

APRIL Assurances pourra demander au Bénéficiaire ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document qu'elle jugera utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, le Bénéficiaire pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL Assurances.

APRIL Assurances se réserve le droit de faire expertiser le Bénéficiaire par un médecin de son choix, à tout moment.

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

En cas d'accident ou de maladie atteignant le Bénéficiaire hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

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

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du tribunal compétent. Dans la première éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception : s'il y a lieu, la désignation du troisième médecin est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou

définitif, (à moins que trois mois ne soient écoulés depuis sa nomination), sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

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

5. Ce que votre contrat ne prend pas en charge

Sont exclus des garanties :

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 3), la thalassothérapie,
- les hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés.

En outre, votre contrat ayant la qualité de "Contrat Responsable" il ne prendra jamais en charge :

la participation forfaitaire légale qui reste à la charge des assurés sociaux, la diminution du remboursement du régime obligatoire et les dépassements d'honoraires consécutifs :

- au non respect du parcours de soins coordonné,
- au refus par l'assuré social d'autoriser le professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel (DMP).

6. A partir de quand et pour combien de temps êtes-vous garanti ?

Votre adhésion au contrat est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL Assurances, concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion. Elle est conditionnée par le paiement de la première cotisation.

6.1 - Prise d'effet de vos garanties :

Vos garanties prennent effet à la date indiquée sur votre Certificat d'adhésion. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de votre demande d'adhésion par APRIL Assurances.

Si vous avez souscrit votre contrat par Internet :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec avis de réception adressée à APRIL Assurances Service Adhésion santé 27 rue Maurice Flandin, 69403 Lyon Cedex 03 dans un délai de 14 jours à compter de la date de remise du Certificat d'adhésion et des présentes conditions générales valant note d'information sur support papier ou tout autre support durable.

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

Pour ce faire, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

"Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat "RESPONSABILIS Santé"

n°..... que j'avais souscrit à distance le

Fait à le signature"

6.2 - Durée de vos garanties :

Votre 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.

Vos garanties sont viagères dès la date d'adhésion, c'est-à-dire que

Conditions générales

Valant note d'information - A conserver par l'assuré

L'Organisme assureur ne pourra résilier votre contrat sauf dans les cas mentionnés au paragraphe "Cessation de vos garanties".

6.3 - Cessation de vos garanties :

Les garanties et le droit aux prestations cessent dès la résiliation de votre contrat dans les cas suivants :

A votre initiative :

- a) à **chacune de ses échéances** par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL Assurances au plus tard le 31 octobre de chaque année,
- b) à réception de votre avis d'échéance annuel et notamment en cas d'augmentation de la cotisation ou des "frais de gestion des prestations". Vous avez la possibilité de résilier votre contrat par lettre recommandée adressée à APRIL Assurances dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance (date figurant sur la cachet de la poste). La résiliation prend effet à la date de réception par APRIL Assurances de la lettre recommandée et au plus tard le 31 janvier de l'année en cours. La cotisation reste due pour la période de garantie entre la date d'échéance et la date d'effet de la résiliation.

A l'initiative de l'Organisme assureur :

- a) en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe "Votre cotisation";
- b) en cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque lors de votre adhésion ou en cours de contrat,
- c) et pour chaque Bénéficiaire, dès lors qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable.

Si vous êtes Adhérent à la convention groupe, en cas de dénonciation de cette convention par l'Organisme assureur ou l'Association des Assurés d'APRIL, ou en cas de cessation d'activité de cette dernière, vous en serez informé par l'Association et **l'Organisme assureur vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.**

De même, en cas de démission de l'Association, votre contrat prendra alors automatiquement fin au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de la démission.

7. Votre cotisation

Votre cotisation à l'adhésion est fonction du niveau que vous avez choisi, de la composition de la famille assurée, du Régime obligatoire, de la zone géographique du domicile et de l'âge à l'adhésion de l'Adhérent.

Pour les adhésions en couple, la cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion du Conjoint s'il est plus jeune que l'Adhérent.

Votre âge ou celui de votre Conjoint est toujours déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance. En cas de modification du niveau de garantie souscrit suite à une demande de l'Adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge de l'Adhérent à la date de prise d'effet de ladite modification. Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

7.1 - Evolution de votre cotisation :

Votre cotisation évolue contractuellement de 2 % chaque année, jusqu'aux 65 ans de l'Adhérent et de 3 % chaque année, au-delà de cet âge.

A ces taux, peut s'ajouter une révision de la cotisation en fonction des évolutions des charges et dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier, ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des assurés sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure de la Sécurité sociale, ou en cas de modification dans la situation des Bénéficiaires (la nouvelle cotisation prenant effet à la date d'effet de ladite modification).

7.2 - Paiement de votre cotisation :

La cotisation est payable d'avance annuellement. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon le mode de paiement que vous avez choisi.

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL Assurances vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard.

Après un nouveau délai de 10 jours, APRIL Assurances résiliera de plein droit le contrat et pourra réclamer le paiement des cotisations restant dues.

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

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

8. Les informations que vous devez porter à la connaissance d'APRIL Assurances

Votre contrat est établi d'après les déclarations que vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de votre contrat.

Ainsi, en cours de contrat, Vous devez déclarer à APRIL Assurances par écrit dès que Vous en avez connaissance, tout changement intervenu dans votre situation ou celle de l'un de vos Bénéficiaires, tels que changement de Régime obligatoire, de situation professionnelle et/ou familiale et de domicile.

Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation du contrat prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

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

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à APRIL Assurances et notamment dans la déclaration d'un sinistre, vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre contrat.

9. Prescription

Toute action dérivant de votre adhésion au contrat est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de six (6) mois. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Adhérent à APRIL Assurances en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL Assurances à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

10. Que faire en cas de réclamations

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, nous vous recommandons de vous adresser à votre assureur conseil habituel. Si un différend éventuel persiste après réponse, vous pouvez adresser votre réclamation écrite au Service Clients – APRIL Assurances – 27, rue Maurice Flandin – 69403 Lyon cedex 03.

Si malgré tout, la réponse apportée ne vous donnait pas satisfaction, vous pourrez demander l'avis du médiateur, sans préjudice de votre droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

Conditions générales

Valant note d'information - **A conserver par l'assuré**

11. La gestion administrative de votre contrat

Celle-ci est confiée à APRIL Assurances située 27 rue Maurice Flandin, 69403 Lyon Cedex 03 (RCS Lyon 428 702 419 – n°ORIAS 07 002 609).

A cet effet, l'ensemble des documents visé aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent être transmis à APRIL Assurances.

En communiquant à APRIL Assurances votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre contrat vous soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, demander à APRIL Assurances de cesser ce mode de communication.

Dans le cadre du versement de vos prestations, APRIL Assurances appliquera des frais de gestion pour chaque acte de soins remboursés au titre des garanties du contrat à hauteur de 1,50 € par acte de soins remboursé.

Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour, les frais de gestion ne seront appliqués qu'une seule fois au titre du premier acte de soin remboursé.

Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement par APRIL Assurances inférieur à 1,50 €, les frais appliqués seront limités au montant du remboursement.

Le montant des frais de gestion appliqués est indiqué sur chaque relevé de prestation.

Ces frais de gestion sont dus par l'Adhérent à APRIL Assurances et réglés par voie de compensation sur le montant des prestations à payer.

Ces frais de gestion pourront évoluer au 1^{er} janvier de chaque année. Ils seront alors mentionnés sur l'avis d'échéance annuel. En cas de refus, l'Adhérent aura la possibilité de résilier son contrat dans les conditions définies à l'article "Cessation de vos garanties".

Lexique

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Adhérent :

Personne physique ayant souscrit le contrat RESPONSABILIS SANTE dans le cadre d'une souscription individuelle ou collective.

Il est également désigné par le terme "Vous" dans les présentes conditions générales.

Année d'adhésion :

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion pour chaque Bénéficiaire.

Association des Assurés d'APRIL :

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

Axeria Prévoyance :

AXERIA Prévoyance est une Compagnie d'assurance vie au capital de 15 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69487 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM : 61 rue Taitbout, 75009 PARIS).

Base de Remboursement :

Tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Bénéficiaire :

L'Adhérent et éventuellement son Conjoint et leurs enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, admis à l'assurance. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion.

Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise pour chacun des bénéficiaires les garanties souscrites, le niveau choisi et leurs dates d'effet.

Conjoint :

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le (a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Délai d'Attente :

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

Maladie :

Altération de la santé constatée par une autorité médicale.

Toutefois, sont considérées comme des maladies et non comme des Accidents, les affections aiguës ou chroniques telles que lumbagos, tour de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un accident caractérisé).

Régime obligatoire :

Le régime de Sécurité sociale français auquel est affilié le Bénéficiaire.

TA (Tarif d'Autorité) :

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (Tarif de Convention) :

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) :

Base de remboursement du Régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établit par Arrêté ministériel.

TM (Ticket Modérateur) :

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et la part prise en charge par le régime obligatoire.

TR (Tarif de Responsabilité) :

Cela vise :

- le Tarif Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances.

La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve du versement de la première cotisation.

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

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- votre carte avec votre numéro d'assuré
- votre certificat d'adhésion
- votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- un résumé de vos garanties
- des informations sur l'assistance

PRATIQUE ! Rendez-vous sur votre Espace Assuré en vous connectant sur www.april.fr !

Consultez vos remboursements en ligne, modifiez vos adresses mail ou postale, changer votre RIB en ligne...

Vous pouvez aussi vous abonner gratuitement pour recevoir vos relevés de prestations par mail.

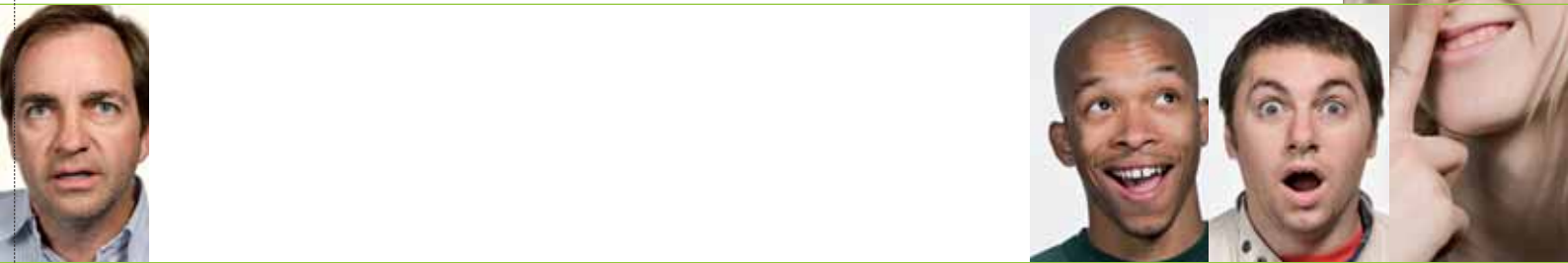


Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,
- 2 Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée,
- 3 Mon relevé d'identité bancaire ou postal, pour davantage de simplicité et de rapidité,
- 4 Mon chèque d'acompte : à l'ordre d'APRIL Assurances,
- 5 La photocopie de l'Attestation Vitale du régime obligatoire (si plusieurs assurés sociaux, joindre une photocopie de chaque attestation).

J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Prévoyance
BP 3343 - 27 rue Maurice Flandin - 69403 Lyon Cedex 03



Important Bordereau d'autorisation de prélèvement

N° assureur-conseil :

Nom et prénom de l'adhérent principal : Réf. LIS 0150 M - LIS 0151 NM

Date de naissance

Autorisation de prélèvement

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

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

A compléter obligatoirement	Le débiteur
Nom :	Signature : <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>
Prénom :	
Adresse :	
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ville :	
Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

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

APRIL Assurances à vos côtés

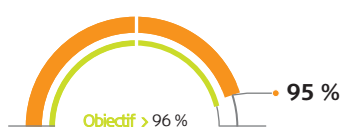
Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, APRIL Assurances s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une qualité de gestion hors normes en 24 heures.

	Santé et Prévoyance individuelle	Tél. 0891 46 9000 (0,23 € TTC/min)
	Assurance de Prêt	Tél. 0891 46 6000 (0,23 € TTC/min)

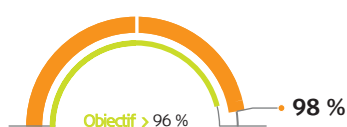
www.april.fr

[Notre engagement, votre satisfaction]

Satisfaction clients assurés*



Satisfaction Assureurs Conseil*



Une société certifiée
ISO 9001 version 2000

Des solutions pour tous et pour chacun

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées, lui permettant de répondre aux attentes de chacun (familles, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants, voyageurs...) et à tous les moments de leur vie.

	assurance automobile et habitation	www.april-iard.fr
	épargne, retraite et défiscalisation	www.april-patrimoine.fr
	assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs	www.april-mobilite.fr

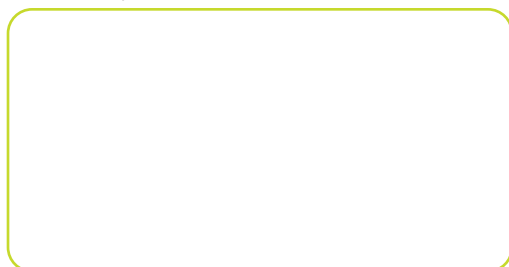
APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

A sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **2 000 collaborateurs et 30 sociétés du groupe**.

Depuis 1997, APRIL GROUP est coté à la Bourse de Paris (SBF 120) et son titre a connu une **hausse de 84,7%** en 2005.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil



APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
27 rue Maurice Flandin - BP 3261
69403 Lyon Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

