



Garanties

Garanties et Cotisations 2008

Premier Euro

[Des solutions] pour tous et pour chacun



*L'assurance santé des
non-assujettis*



Une garantie santé individuelle spécialement conçue pour les personnes ne bénéficiant d'aucun régime obligatoire d'Assurance Maladie

Lorsque vous ne bénéficiez d'aucun régime obligatoire d'Assurance Maladie (Couverture Maladie Universelle comprise), vous avez la possibilité de souscrire une garantie qui vous rembourse dans les plus brefs délais.

Comment devez-vous procéder pour obtenir vos remboursements ?

- 1 - Vous nous envoyez directement vos feuilles de soins et vos ordonnances, et nous vous remboursons du premier euro jusque dans la limite des garanties que vous avez souscrites.
- 2 - **Nous traitons vos remboursements en 24 heures.**

Vous bénéficiez de la **Garantie Viagère Immédiate** :

L'assureur ne peut résilier votre contrat même si votre état de santé évolue (sauf en cas de fausse déclaration ou de non-paiement des cotisations).

Le choix des garanties

Vous avez le choix entre 3 niveaux de garanties :

- Niveau 1 : Economique
- Niveau 2 : Confort
- Niveau 3 : Haut de gamme

C'est donc à vous de déterminer le niveau qui répond le mieux à vos attentes.

Des cotisations adaptées

Votre cotisation est fonction de votre âge à l'adhésion et du niveau choisi.

La souscription à partir du 4^e enfant est gratuite.



Garanties de base

Vos garanties	Niveau 1 Economique Limite d'âge à l'adhésion : 65 ans	Niveau 2 Confort Limite d'âge à l'adhésion : 65 ans	Niveau 3 Haut de gamme Limite d'âge à l'adhésion : 65 ans
Frais hospitaliers			
Hospitalisation médicale et chirurgicale, honoraires chirurgicaux	100 % du TC	100 % du TC	150 % du TC
Forfait hospitalier	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Honoraires médicaux en secteur conventionné et non conventionné			
Généralistes, spécialistes, radiologie, auxiliaires médicaux, soins externes, actes médicaux courants	75 % du TC	100 % du TC	150 % du TC
Analyses			
Analyses	75 % du TC	100 % du TC	100 % du TC
Pharmacie			
Pharmacie médicalement prescrite	70 % du TC	100 % du TC	100 % du TC
Appareillage			
Orthopédie, prothèses auditives, petit appareillage	75 % du TC	100 % du TC	150 % du TC
Transport			
Transport	75 % du TC	100 % du TC	150 % du TC
Frais dentaires			
Soins dentaires Orthodontie acceptée (1), Prothèses dentaires acceptées (1)	100 % du TC Plafond de remboursement par bénéficiaire : 1 ^{ère} année : 304,90 € par Année d'adhésion* A partir de la 2 ^e année : 609,80 € par année d'adhésion*	100 % du TC Plafond de remboursement par bénéficiaire : 1 ^{ère} année : 381,12 € par Année d'adhésion* A partir de la 2 ^e année : 762,25 € par année d'adhésion*	150 % du TC Plafond de remboursement par bénéficiaire : 1 ^{ère} année : 533,57 € par Année d'adhésion* A partir de la 2 ^e année : 1 067,14 € par année d'adhésion*
Frais d'optique			
Verres et lentilles acceptées (1), montures acceptées (1)	100 % du TC Maximum 62,50 € par année d'adhésion*	100 % du TC Maximum 83,59 € par année d'adhésion*	150 % du TC Maximum 103,89 € par année d'adhésion*
Cure thermale acceptée (1)			
Indemnité excluant tout autre remboursement	6,51 € par jour Maximum 21 jours par année d'adhésion* et par bénéficiaire	12,37 € par jour Maximum 21 jours par année d'adhésion* et par bénéficiaire	16,81 € par jour Maximum 21 jours par année d'adhésion* et par bénéficiaire
Séjour maternité			
Forfait dans la limite des frais réels (versé à la mère si cette dernière figure sur le contrat)	1 252,53 €	1 565,78 €	1 879,02 €

*Année d'adhésion : période d'un an qui sépare 2 dates d'anniversaire de la prise d'effet des garanties.

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

TC = Tarif de Convention

(1) Par APRIL Assurances à condition d'être médicalement prescrits et normalement couverts par le régime de la Sécurité sociale.

- Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille.
- 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.

Comprendre

Exemples de remboursement

Nature des soins	Quand je dépense	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
		Je suis remboursé(e)		
Soins médicaux dans le parcours de soins				
Consultation chez un médecin traitant généraliste (TC : 22 €)	25 €	16,50 €	22 €	25 €
Consultation chez un correspondant spécialiste pour suivi régulier (TC : 28 €)	45 €	21 €	28 €	42 €
Pharmacie	30 €	21 €	30 €	30 €
Frais dentaires				
Pose d'une couronne (spr 50)	350 €	107,50 €	107,50 €	161,25 €

Ces exemples de remboursements sont exprimés en fonction du tarif de convention de la Sécurité sociale française. Tarifs en vigueur en euro, au 01/07/2007.

Gardez l'esprit libre avec vos services APRIL Assurances

Les Services +

En complément des garanties que vous avez souscrites,
votre contrat inclut de nombreux services utiles
pour que votre assurance vous apporte toute satisfaction.

> Une information claire au quotidien

Vous souhaitez obtenir des informations sur votre contrat, sur les services dont vous bénéficiez ?

Vous avez la possibilité de contacter APRIL Assurances par différents moyens :

- **Un service client à votre disposition :**

Du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h à 12h, ce service répond à toutes vos questions concernant votre contrat.
Tél. 0 891 46 9000 (0,23 € TTC/min)

- **Votre espace assuré en ligne sur www.april.fr :**

Connectez vous sur www.april.fr pour effectuer une demande de prise en charge et consulter le détail de vos remboursements.

- **Le détail de vos remboursements sur la messagerie vocale VOCAPRIL :**

Tél. 0 892 68 55 88 (0,34 € TTC/min)

> Rapidité et transparence pour toutes vos demandes Vos remboursements en 24 h

- Des remboursements rapides directement virés sur votre compte courant.
- Vos frais d'hospitalisation directement pris en charge par téléphone ou internet.
- Vos simulations de remboursement pour connaître à l'avance et sur simple appel le montant de vos remboursements.
- Tout en restant libre : vous pouvez renoncer à votre contrat sans explication dans les 7 jours qui suivent la signature de la demande d'adhésion.

> Une assistance complète pour tous : APRIL Assistance*

Des prestations complètes, notamment en cas d'hospitalisation :

- En cas d'hospitalisation de plus de trois jours, nous prenons en charge la garde des enfants de moins de 15 ans. La garde des animaux est également possible.
- Pour les hospitalisations plus longues (10 jours au moins), nous pouvons organiser la livraison de médicaments, l'envoi d'une aide ménagère dès votre sortie de l'hôpital, rechercher pour vous un kinésithérapeute, une aide médicale ou un infirmier

La protection juridique santé :

En cas de dommage corporel causé par un tiers dont vous ne parvenez pas à obtenir réparation, vous pouvez bénéficier de ce service qui met à votre disposition une assistance médicale, un avocat...

Un service d'informations téléphoniques :

- médical : coordonnées de spécialistes, pharmaciens...
- enfants : puériculture, garde, enseignement, soutien scolaire, crèche,
- juridiques : accident et droit du travail, responsabilité de l'employeur, déclarations,
- obsèques : organisations, démarches.

APRIL Assistance

24h/24, 7j/7

Tel. 01 45 16 77 44 (prix d'un appel local)

*les départements d'outre-mer ne bénéficient pas de ces services.

Pour en savoir plus : découvrez tous les autres services dont vous pouvez
bénéficier en parcourant votre Guide de Bienvenue remis lors de votre adhésion.



Les cotisations

Cotisations mensuelles TTC en euro pour l'année 2008.

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge à l'adhésion des bénéficiaires.

Cotisations	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
< 35 ans (2)	97,72 €	179,28 €	239,43 €
35 - 44 ans	106,97 €	206,21 €	265,81 €
45 - 54 ans	132,14 €	273,11 €	351,66 €
55 - 60 ans	159,90 €	331,31 €	426,48 €
61 - 65 ans	185,57 €	384,05 €	494,28 €
Enfant ayant droit < 21 ans (1)	62,93 €	119,52 €	159,09 €

(1) Gratuité à partir du 4^e enfant.

(2) Tarif "assuré de moins de 35 ans" appliqué à compter du 1^{er} janvier de l'année des 21 ans de l'enfant (dans ce cas, l'enfant n'est plus pris en compte pour le calcul de la gratuité).

Attention

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

Exemple : Date d'effet de l'adhésion le 01/01/2008

Date de naissance le 25/10/1958, soit 50 ans.

Comprendre

TC (Tarif de Convention)

Base de remboursement du Régime Obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base métropole) et les différentes fédérations de praticiens.

Pour le contrat Premier Euro, ce terme désigne également tous les tarifs de référence utilisés par le Régime Obligatoire de la Sécurité sociale française pour le calcul des prestations en nature.



APRIL Assurances à vos côtés

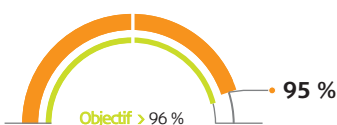
Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, 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)

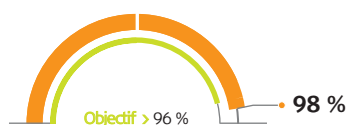
www.april.fr

[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.

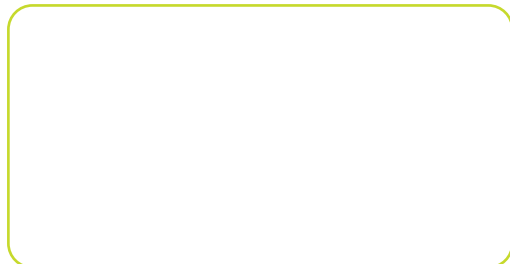
 assurance automobile et habitation	www.april-iard.fr
 épargne, retraite et défiscalisation	www.april-patrimoine.fr
 assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs	www.april-mobilite.fr

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

Créé en 1988, APRIL GROUP compte désormais plus de **2 millions d'assurés, 2 060 collaborateurs et 40 sociétés**. Depuis 1997, APRIL GROUP est coté à la Bourse de Paris. Il a réalisé en 2006 un chiffre d'affaires de 520,4 millions d'euros.

Pour tout renseignement, faites appel à votre assureur-conseil, sélectionné pour son professionnalisme et la qualité de son accueil.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil



APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble APRILIUM
114 Boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr





adhésion

Demande **d'adhésion** et **conditions générales** 2008
Premier Euro

[Des solutions] **pour tous et pour chacun**



*L'assurance santé des
non-assujettis*

Demande d'adhésion

L'adhérent est l'adulte dont l'âge a été retenu dans le calcul de la cotisation

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° adhérent :

nouvelle adhésion modification* fax transmis le :

n° assureur-conseil :

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

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : Prénoms : Nom de jeune fille : Né(e) le : <input type="text"/> Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville :	Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. bureau : <input type="text"/> Tél. autre : <input type="text"/> Adresse E-mail : Profession actuellement exercée par l'adhérent(e) : Secteur d'activité : Nationalité de l'adhérent(e)* : Profession actuellement exercée par le conjoint : Secteur d'activité : Nationalité du conjoint* : * Pour les personnes de nationalité étrangère hors Union Européenne et Suisse, joindre une copie de carte de séjour ou un récépissé préfectoral de demandé de carte de séjour.
--	--

Les garanties souscrites (1) : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe (1)	Calcul de votre cotisation
Adhérent(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F €
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	+ €
1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	+ €
2 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	+ €
3 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	+ €
4 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Gratuit

Je choisis mon mode de paiement (1) <table border="1"> <tr> <th>Périodicité</th> <th>Prélèvement automatique</th> <th>Chèque</th> </tr> <tr> <td>Annuelle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/an</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/an</td> </tr> <tr> <td>Semestrielle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/sem</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/sem</td> </tr> <tr> <td>Trimestrielle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/trim</td> <td>impossible</td> </tr> <tr> <td>Mensuelle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/mois(3)</td> <td>impossible</td> </tr> </table>	Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque	Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/trim	impossible	Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/mois(3)	impossible	Ma cotisation mensuelle totale = € Frais d'échéance + 2,50 € Droit d'adhésion (2) + 20 € Je verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte de 45 € minimum (4) = €
Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque														
Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an														
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem														
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/trim	impossible														
Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/mois(3)	impossible														

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois . Le virement des prestations étant effectué sur le même compte, joindre un RIB ou RIP si vous souhaitez le virement de vos prestations sur un compte différent.

Bénéficiez-vous de garanties de même nature jusqu'à ce jour ? oui* non * (joindre impérativement un justificatif)
 Avez-vous déjà été radié(e) d'un organisme d'assurance ou d'une mutuelle ? oui non Si oui pour quel motif ?
 La date d'effet souhaitée (Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances).

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.

"Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA prévoyance pour moi-même et mes ayant droit inscrits sur la demande d'adhésion.
 Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant note d'information, référencées PEU 03- 02/03, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions générales applicables aux opérations de gestions d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.
 Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès, et le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances – Immeuble APRILIUM – 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON cedex 03. Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un enregistrement pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de 2 mois.
Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur de l'Association des Assurés d'APRIL. Je certifie ne devoir bénéficier d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie."

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil	La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "lu et approuvé" Fait à <input type="text"/> le <input type="text"/>
--	---

Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,
- 2 Mon relevé d'identité bancaire ou postal, pour davantage de simplicité et de rapidité,
- 3 Mon chèque d'acompte : à l'ordre d'APRIL Assurances,
- 4 Un certificat de radiation indiquant le niveau et la description des garanties pour bénéficier de la suppression de la période d'attente.
- 5 Pour les personnes de nationalité étrangère hors Union Européenne et Suisse : la copie de la carte de séjour en cours de validité ou le récépissé préfectoral de demande de carte de séjour.

J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Santé
Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03

Et après l'adhésion ?

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

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

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

Vous recevrez directement à votre domicile votre autorisation de prélèvement pré-remplie à signer et à retourner dans les plus brefs délais à votre établissement bancaire ou postal.

Questionnaire de santé

 n° adhérent :

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entrainera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aidez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Assurances. (Voir enfants au verso). Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances - Immeuble APRILIUM - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon cedex 03.

MERCI DE COCHER UNE CASE POUR CHAQUE QUESTION

		Adhérent(e)		Adhérent(e)	
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		<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"/>	
1	Tension artérielle : / /	
2	Consommation d'alcool par jour, en verre (20 cl) :	vin bière autres		vin bière autres	
3	Taille / Poids :	taille cm poids..... kg		taille cm poids..... kg	
4	Avez-vous été réformé du service militaire ?	Oui Non Si oui précisez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif		Oui Non Si oui précisez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif	
5	Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Combien de cigarettes par jour ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Combien de cigarettes par jour ?	
6	Vos parents sont-ils décédés ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Age et motif :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Age et motif :	
7	Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date présumée de l'accouchement :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date présumée de l'accouchement :	
8	Avez-vous des déficits auditifs ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesquels ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesquels ?	
9	Avez-vous une affection oculaire ou une maladie des yeux ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laquelle ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laquelle ?	
10	Avez-vous été victime d'un accident ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nature des lésions, date et suites:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nature des lésions, date et suites:	
11	Etes-vous titulaire d'une pension pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif :	
12	Avez-vous eu des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif médical exact, date et suites:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif médical exact, date et suites:	
13	Avez-vous été hospitalisé(e) ou en cure thermale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif médical exact, date et suites:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif médical exact, date et suites:	
14	Avez-vous dû interrompre votre travail ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date et suites:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date et suites:	
15	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement régulier ou une rééducation particulière ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date de début et de fin et noms des médicaments prescrits:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date de début et de fin et noms des médicaments prescrits:	
16	Etes-vous astreint(e) à des bilans répétés ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesquels, motif et périodicité?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesquels, motif et périodicité?	
17	Consultez-vous régulièrement votre médecin ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, nombre :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, nombre :	
18	Avez-vous eu ou avez-vous d'une manière chronique l'une des affections suivantes : - Cardiovasculaire ? - Neuro ou psychologique ? - Du système sanguin ou ganglionnaire ? - Pulmonaire (asthme, bronchite chronique, tuberculose) ? - Allergie ? - Génito urinaire ? - Grossesse pathologique ? - Arthrose, lombalgies, goutte ? - Diabète, troubles digestifs ? - Affection due à une immuno-déficience acquise ? - Autres affections à déclarer :	Nature exacte, date début et fin et suites : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Nature exacte, date début et fin et suites : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19	Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Résultat et date du test :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Résultat et date du test :	
20	Envisagez-vous : - Une prothèse dentaire ou un acte chirurgical ? - Une prothèse auditive ? - Une hospitalisation pour intervention ? - Une hospitalisation pour bilan médical ou chirurgical ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Joindre impérativement un devis dentaire... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date prévue:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Joindre impérativement un devis dentaire... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date prévue:	

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entrainera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Fait à le

La signature de l'adhérent



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

Conditions générales

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

Il a été conclu entre l'Association des Assurés d'APRIL (association loi 1901, située 69439 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 forme d'assurance collective, dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale) et AXERIA prévoyance (SA au capital de 15 000 000 d'euros, RCS Lyon 350.261.129, régie par le code des Assurances 83/85 Boulevard Vivier Merle, 69487 Lyon Cedex 03), une convention de groupe à adhésion facultative, dont la gestion a été confiée à APRIL Assurances.

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme d'assurance est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), située 61, rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09. Cette convention est soumise au droit français et régie par le Code des assurances, les présentes conditions générales et les Certificats d'adhésion remis aux Adhérents. Elle est ouverte aux membres de l'Association des Assurés d'APRIL.

1. Objet

L'adhésion à la présente convention garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par l'Assuré et les membres assurés de sa famille, selon 3 niveaux, à la condition qu'ils soient proportionnés avec l'affection traitée.

2. Qui peut être assuré ?

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

- résider en France hors Territoires d'Outre-Mer et Départements d'Outre-Mer,
 - ne pas relever d'un Régime Obligatoire quelconque d'Assurance Maladie français (Couverture Maladie Universelle obligatoire comprise),
 - être âgé de moins de 65 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion,
 - avoir répondu favorablement aux formalités médicales prévues au contrat.
- Les garanties reposent sur la bonne foi des parties et de chaque Assuré.

3. Contenu de la garantie

Modalités de remboursement :

L'Assureur rembourse les frais à caractère thérapeutique exposés par l'Assuré, pour son compte et celui des membres de sa famille assurés, dans la limite des frais réels, selon le niveau choisi, à condition qu'ils soient médicalement prescrits et normalement couverts par le Régime de la Sécurité sociale. Pour les actes, conventionnés ou non conventionnés, concernés par la nouvelle nomenclature CCAM, les garanties exprimées en pourcentage du Tarif de Convention (TC), du Tarif d'Autorité (TA) ou du Tarif de Responsabilité (TR) désignent des remboursements en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

Forfait maternité :

Le séjour maternité est remboursé par un forfait selon le niveau choisi et dans la limite des frais réels. Il est versé à la bénéficiaire Assurée. Il **exclut le remboursement de tout autre frais**, sauf l'acte de l'intervention chirurgicale ou de complication pathologique qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi.

Forfait cure thermale :

S'il est prévu au tableau des garanties, les frais de cure thermale sont remboursés par le forfait prévu selon le niveau choisi et sont limités aux frais réels.

Psychiatrie :

Les consultations de neuropsychiatrie, de psychothérapie et névropathie sont prises en charge **au maximum pour trois consultations par année d'adhésion et par bénéficiaire d'après les remboursements prévus dans chaque niveau.**

Hospitalisation :

Pour les établissements conventionnés situés en France, l'Assureur peut, sur demande de l'Assuré, délivrer un accord de prise en charge dès réception d'un imprimé de déclaration d'hospitalisation dûment complété. L'Assureur règle ainsi directement l'établissement hospitalier, dans la limite des garanties.

Si le lieu de l'hospitalisation ne se situe pas dans le département du domicile, la prise en charge est subordonnée à l'accord préalable du contrôle médical de l'Assureur, sauf cas de force majeure.

Les frais de clinique sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité d'un établissement conventionné de même catégorie du département du domicile, à moins qu'il ne soit prouvé que cet établissement ne puisse fournir les conditions d'hébergement et le traitement appropriés à l'état de santé de l'Assuré.

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les remboursements sont limités pour un même accident ou une même maladie (y compris les séquelles et rechutes) à un maximum de 365 jours par personne assurée. Si les soins médicaux, les frais pharmaceutiques ou le nombre d'actes prescrits paraissent hors de proportion avec l'affection traitée, l'Assureur se réserve le droit d'en référer à son contrôle médical qui jugera de l'opportunité de réduire ces frais dans une juste mesure ; tout désaccord est alors soumis à expertise.

Transfert du malade :

Le transport en ambulance est remboursé sur la base du Tarif de la Sécurité Sociale Française (tarif de base métropole).

Sauf autorisation préalable du contrôle médical de l'Assureur, ce transport n'est couvert qu'entre le domicile de l'Assuré et un établissement hospitalier de la même localité ou à défaut de la localité la plus proche. Si l'Assuré choisit un établissement plus éloigné, le surcroît des frais de transport sera à sa charge.

Plafonds :

Les remboursements sont plafonnés selon les garanties et le niveau choisis et sous déduction, s'il y a lieu des prestations d'autres organismes. Le cumul des divers remboursements obtenus par un Assuré ne peut excéder la dépense réelle. Il sera donc obligatoirement tenu compte des remboursements précédents.

Etendue territoriale :

France, Suisse et pays de l'Union européenne. Dans les autres pays du monde, pour les séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs ; au-delà de cette limite, la garantie peut être maintenue sous réserve d'une déclaration de l'Adhérent et de l'accord express préalable de l'Assureur.

Les prestations sont toujours payées en France, en euros et sont calculées sur la base du Tarif de Convention ou de Responsabilité du Régime Général de la Sécurité sociale française (tarif de base métropole), même si elles ont été engagées hors de France.

4. Contrôle des prestations versées

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

5. Expertise

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

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

En cas d'accident ou de maladie atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire éléction 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.

6. Règlement des prestations

Tout sinistre non déclaré dans un délai de 90 jours qui suit la date où l'Assuré en a eu connaissance ou au plus tard dans les 90 jours suivant la date de début des soins, est définitivement exclu des garanties si l'Assureur établit que le retard lui a causé un préjudice sauf, si le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

Frais engagés en France :

Pour les soins exécutés en France, fournir la feuille de soins originale dûment complétée et signée ainsi que notes et factures complémentaires attestant la dépense réelle et la nature des actes accomplis.

Frais engagés hors de France :

Les frais engagés hors de France sont remboursables quel que soit le pays concerné. Ils sont pris en charge d'après le tarif de convention de la Sécurité Sociale en euros (tarif de base métropole) et sous réserve qu'ils aient été médicalement prescrits et qu'il s'agisse de soins inopinés. Le reçu et la facture devront être envoyés simultanément à APRIL Assurances.

Modalités :

Une demande d'entente préalable doit être adressée aux services d'APRIL Assurances pour l'exécution de soins spéciaux de travaux de prothèses dentaires dont la facture atteindrait 1 524 euros. Une demande d'entente doit également être adressée à APRIL Assurances 2 mois avant en cas de cure thermale. Dans ces deux cas, à défaut d'accord d'APRIL Assurances, la dépense engagée ne sera pas prise en compte. En cas d'accident, l'Assuré doit fournir un certificat médical descriptif des blessures et toutes les informations utiles à l'Assureur : lieu, dates, causes et circonstances, noms et adresses des témoins et du responsable présumé, existence d'un procès verbal de police ou de gendarmerie.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un assuré ne peut excéder la dépense réelle. Il sera donc obligatoirement tenu compte des remboursements précédents.

7. Cotisations

La cotisation (taxes actuelles comprises) est fonction de l'âge à l'adhésion des assurés. L'âge de l'Adhérent est déterminé par différence de millièmes entre l'année en cours et l'année de naissance. Chaque année au 1^{er} janvier, elle évolue contractuellement de 2 % par an jusqu'à 59 ans et de 3 % au-delà et à ces taux, s'ajoute l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe assuré tient compte de l'âge et du niveau choisi. En cas de modification du niveau souscrit suite à une demande de l'Adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge des Assurés à la date de prise d'effet de ladite modification. En cas d'admission en cours d'année, la cotisation n'est due qu'au prorata. La cotisation peut être révisée en cas de modification de la législation fiscale ou sociale. Dans ce dernier cas, l'Adhérent en sera informé et pourra dès ce moment résilier son adhésion dans les 15 jours. La résiliation prendra effet 1 mois après l'envoi de sa demande. Il sera alors redevable, jusqu'à la date d'effet de la résiliation, du prorata de prime sur la base de la prime précédente.

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

Conditions générales

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

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. Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel, mensuel, selon le mode de paiement choisi par l'Adhérent.

8. Limitations de garanties

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat et de toutes les garanties annexées, les événements, conséquences et suites :

- de la participation à des rixes, crimes ou délits, actes de terrorisme ou de sabotage, émeutes ou mouvements populaires,
- du suicide ou de sa tentative, de l'automutilation consciente ou non, des actes intentionnels, de la négligence ou le défaut de soins,
- de l'alcoolisme, de l'état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile au jour du sinistre), de l'utilisation de stupéfiants ou substances analogues, médicaments et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,
- des traitements de chirurgie plastique ou esthétique, des cures diététiques, de rajeunissement, de thalassothérapie,
- les frais de voyage et d'hébergement en cas de cure thermale ou héliomarine,
- des sports pratiqués à titre professionnel, des sports aériens, des compétitions d'engins à moteur et leurs essais préparatoires, des sports de combat,
- des acrobaties, exhibitions, paris, tentatives de records, ainsi que les compétitions et matches pratiqués à titre professionnel,
- des traitements de psychothérapie et névropathie, de neuropsychiatrie, de psychiatrie, de psychanalyse et assimilés (sauf application de la disposition particulière prévue à l'article 3),
- les maladies ou accidents ayant donné lieu à l'attribution d'une pension ou d'une rente d'invalidité antérieurement à la date d'effet de l'adhésion et non déclarés à l'adhésion,
- les séjours en aérium, maison de repos ou de convalescence, centre de rééducation ou de réadaptation, centre psychothérapique, médico-psychologique ou psychopédagogique, établissement à caractère sanitaire et/ou social, centre de posture, maison de retraite, hospice ou service de gérontologie, ainsi que tous séjours quelle que soit la nature de l'établissement, normalement pris en charge par les régimes obligatoires selon les critères prévus pour les longs séjours,
- les séjours pour motifs psychiatriques, quelle que soit la nature de l'établissement,
- des maladies ou infirmités congénitales ainsi que leurs suites, sauf pour les enfants nés en cours d'adhésion,
- des affections ou accidents antérieurs à la date d'effet de l'adhésion et non déclarés à la souscription et les maladies ou grossesses survenues ou constatées au cours des délais d'attente.

9. Effet, durée et cessation des garanties

9.1 - Date d'effet des garanties :

A la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances, sous condition suspensive du paiement de la première cotisation et sous réserve d'acceptation par APRIL Assurances concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion.

9.2 - Délais d'attente :

- Pas de délai d'attente pour les Accidents,
 - Délai de 3 mois pour toutes les Maladies et affections,
 - Délai de 9 mois pour les frais de maternité, les prothèses dentaires, l'orthodontie, les prothèses et appareillages orthopédiques et auditifs, les cures thermales ou héliomarines et les Maladies Sexuellement Transmissibles,
 - Pas de délai d'attente pour les enfants à condition qu'ils soient inscrits dans les deux mois qui suivent leur naissance ou adoption.
- Ce délai est supprimé si l'Assuré peut justifier du bénéfice de garanties de même niveau à la date d'adhésion (fournir un certificat de radiation détaillé et la notice des garanties précédentes).

9.3 - Durée des garanties :

Elles sont viagères dès la date d'effet de l'adhésion. L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction à compter du 1^{er} janvier suivant la date d'adhésion.

9.4 - Cessation des garanties :

- a) En cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 1 mois au moins,
- b) en cas de décès de l'Assuré,
- c) en cas de non-paiement des cotisations, les garanties étant suspendues 10 jours avant la résiliation (cf. art 7),
- d) dès que l'Assuré perd la qualité de non-assujéti,
- e) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être bénéficiaire,
- f) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association des Assurés d'APRIL ou l'Assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à informer chaque Adhérent),
- g) en cas de retrait d'agrément de l'Assureur.

Les garanties et le droit aux prestations cessent à la date d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation par l'organisme assureur ou l'Association dans les cas énoncés au f), l'organisme assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'Adhérent, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficierait à la date de résiliation.

9.5 - Sanction en cas de fausse déclaration :

Qu'il s'agisse des déclarations à faire à la souscription du contrat ou de celles qui doivent être faites en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte dans la déclaration du risque, entraîne l'application, suivant les cas, des dispositions des articles L 113.8

et L 113.9 du Code. En outre, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

10. Prescription du paiement des prestations

Toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 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.

11. Changement dans la situation de l'assuré

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

En cas de survenance d'un des événements énoncés ci-dessus et conformément à l'article L 113.16 du Code, l'Adhérent et l'Assureur ont la faculté de résilier le contrat, cette résiliation prenant effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

12. Subrogation

L'Assureur est subrogé, à concurrence des sommes qu'il a versées, dans les droits et actions d'un Assuré indemnisé contre tout tiers reconnu responsable d'un sinistre.

13. Examen des réclamations

En cas de difficultés dans l'application du contrat, il est recommandé à l'Adhérent de s'adresser à son assureur conseil. Si un différend éventuel persistait après réponse, l'Adhérent pourrait adresser sa réclamation écrite à l'adresse suivante: Service Clients APRIL Assurances - Immeuble APRILIUM - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon cedex 03. Si enfin la réponse donnée ne lui donnait pas satisfaction, l'Adhérent pourrait demander l'avis du médiateur, sans préjudice de son droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

14. Informatique et libertés

En adhérant au contrat PREMIER EURO, les Adhérents et Assurés sont protégés par la loi Informatique et Liberté (loi du 6 janvier 1978). En effet, ils peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage d'APRIL Assurances, de la Compagnie, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Ce droit d'accès et de rectification peut-être exercé à l'adresse suivante : APRIL Assurances - Immeuble APRILIUM - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon cedex 03.

Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

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

Adhérent : Personne membre de l'Association, qui adhère à la présente convention de groupe.

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

Assuré : L'Adhérent et éventuellement son Conjoint et leurs enfants fiscalement à charge jusqu'au 31/12 de leur 25^{ème} anniversaire. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion.

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.

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

Code : Code des Assurances.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Assuré, 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'Assuré.

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.

Hospitalisation : Fait de recevoir des soins nécessitant un séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilités à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès des personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

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, ptôses, tours de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies, (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un Accident caractérisé).**

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.

Questionnaire de santé

 n° adhérent :

Si vous avez plus de 2 enfants, merci d'utiliser un autre questionnaire de santé de cette garantie en répondant à toutes les questions pour chaque enfant. Questionnaire de santé valable 3 mois à compter de sa signature.

Nom : Prénom : Date de naissance :		1 ^{er} enfant		2 ^e enfant	
	 <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"/>	
1	Taille / Poids :	taillecm	poidskg	taillecm	poidskg
2	A-t-il été réformé du service militaire ?	Oui Non Si oui précisez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif		Oui Non Si oui précisez <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif	
3	A-t-il des déficits auditifs ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesquels :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesquels :	
4	A-t-il une correction visuelle ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif :	
5	A-t-il été victime d'un accident ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nature des lésions, date et suites:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nature des lésions, date et suites:	
6	A-t-il eu des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif médical exact, date et suites:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif médical exact, date et suites:	
7	A-t-il été hospitalisé ou admis en cure thermale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif médical exact, date et suites:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif médical exact, date et suites:	
8	A-t-il suivi ou suit-il actuellement un traitement régulier ou une rééducation particulière ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date de début et de fin et noms des médicaments prescrits:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date de début et de fin et noms des médicaments prescrits:	
9	Est-il astreint à des bilans répétés ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesquels, motif et périodicité?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesquels, motif et périodicité?	
10	A-t-il consulté régulièrement un médecin ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, nombre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, nombre:	
11	A-t-il eu ou a-t-il d'une manière chronique l'une des affections suivantes : - Cardiovasculaire ? - Neuro ou psychologique ? - Du système sanguin ou ganglionnaire ? - Pulmonaire (asthme, bronchite chronique, tuberculose) ? - Allergie ? - Génito urinaire ? - Anomalie congénitale ? - Scoliose ? - Diabète, troubles digestifs ? - Affection due à une immuno-déficience acquise ? - Autres affections à déclarer :	Nature exacte, date début et fin et suites : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Nature exacte, date début et fin et suites : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12	A-t-il subi un test de dépistage de la séropositivité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Résultat et date du test :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Résultat et date du test :	
13	Est-il envisagé : - Une prothèse dentaire ? - Un traitement orthodontique ? - Une prothèse auditive ? - Une hospitalisation pour intervention ? - Une hospitalisation pour bilan médical ou chirurgical ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Joindre impérativement un devis dentaire..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Joindre impérativement un devis dentaire..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date prévue:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Joindre impérativement un devis dentaire..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Joindre impérativement un devis dentaire..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motif, date prévue:	
14	Est-elle enceinte ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date présumée de l'accouchement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date présumée de l'accouchement : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Fait à le
La signature de l'adhérent



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

69439 LYON CEDEX 03
114 Boulevard Marius Vivier Merle
Immeuble APRILUM
APRIL ASSURANCES



« Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous »

RENONCIATION

Articles L 121.23 à L 123.26 du Code de la Consommation.

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant au dos. Expédiez-le au plus tard le septième jour à partir du jour de la signature de votre demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la demande d'adhésion au contrat ci-après :

- Nom du contrat : **Premier Euro - Ref. PRF0250** Date de signature de la demande d'adhésion :

- Nom et prénom de l'adhérent : Date de naissance :

- Adresse de l'adhérent : Code postal : Ville : N° de téléphone :

- Nom de l'assureur-conseil : Code postal : Ville : N° de téléphone :

- Adresse de l'assureur-conseil : Code postal : Ville : N° de téléphone :

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL Assurances

n° adhérent :

APRIL Assurances à vos côtés

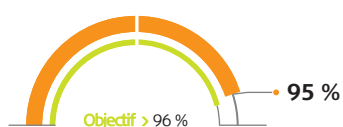
Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, 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)

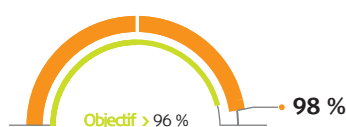
www.april.fr

[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.

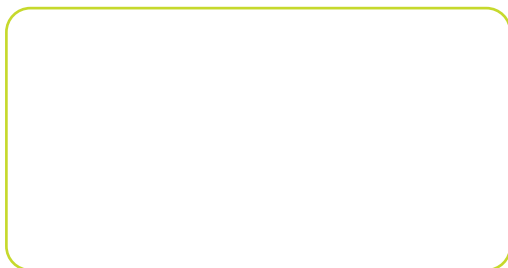
	assurance automobile et habitation	www.april-iard.fr
	épargne, retraite et défiscalisation	www.april-patrimoine.fr
	assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs	www.april-mobilite.fr

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

Créé en 1988, APRIL GROUP compte désormais plus de **2 millions d'assurés, 2 060 collaborateurs et 40 sociétés**. Depuis 1997, APRIL GROUP est coté à la Bourse de Paris. Il a réalisé en 2006 un chiffre d'affaires de 520,4 millions d'euros.

Pour tout renseignement, faites appel à votre assureur-conseil, sélectionné pour son professionnalisme et la qualité de son accueil.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil



APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble APRILIUM
114 Boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

