

NOTICE  
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

---

# MA SURCOMPLÉMENTAIRE PRO



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

## SOMMAIRE

PRÉAMBULE .....	p.3
1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ? .....	p.3
2. QUE GARANTIT LA CONVENTION MON ASSURANCE SANTÉ PRO ? .....	p.4
3. VOS GARANTIES .....	p.4
3.1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	p.4
3.2. MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES .....	p.4
3.3. CONTENU DES GARANTIES .....	p.4
3.3.1. HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ.....	p.5
3.3.2. SOINS COURANTS.....	p.5
3.4. LE SERVICE DE TIERS PAYANT SANTE .....	p.5
4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ? .....	p.5
4.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER .....	p.5
4.2. LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT .....	p.5
4.3. LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF .....	p.5
5. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE .....	p.6
6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ? .....	p.6
6.1. MODALITÉS D'ADHÉSION ET PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION .....	p.6
6.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES .....	p.6
6.3. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION .....	p.7
6.4. CESSATION DE VOTRE ADHÉSION .....	p.7
7. VOTRE COTISATION .....	p.8
7.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ? .....	p.8
7.2. COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?.....	p.8
7.3. LES MODES DE PAIEMENT .....	p.8
7.4. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ? .....	p.8
8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION .....	p.9
9. PRESCRIPTION .....	p.9
10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ? .....	p.9
11. PROTECTION DE VOS DONNÉES ? .....	p.10
LEXIQUE .....	p.10
ANNEXE .....	p.11

## PRÉAMBULE

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la Convention d'assurance de groupe à adhésion facultative « MA SURCOMPLEMENTAIRE PRO » souscrite par l'Association des Assurés APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance (Convention d'assurance n° 2016S02).

Cette Convention d'assurance est une Convention complémentaire à la Convention d'assurance de groupe à adhésion obligatoire « MON ASSURANCE SANTE PRO » (Convention d'assurance n°2016S01).

**AXERIA Prévoyance**, société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 90 avenue Felix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350.261.129 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

**AXERIA Prévoyance** est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

L'Association des Assurés APRIL est une 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 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.

L'Association des Assurés APRIL est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire de cette Convention d'Assurance est, par délégation de l'Organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance** - SA au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07 002 609.

**APRIL Santé Prévoyance** est également désignée par le terme « APRIL » dans la présente Notice.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente Convention. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le **Certificat d'adhésion** qui mentionne l'**Organisme assureur**. La Convention est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée au cours du contrat sera la langue française.

**Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la Convention d'Assurance. Les Assurés sont inscrits au Certificat d'adhésion.**

**La Convention « MA SURCOMPLEMENTAIRE PRO » (Convention d'assurance n° 2016S02) est une Convention non « responsable »** c'est-à-dire qu'elle ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 du code de la Sécurité Sociale issues des articles 14 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la Sécurité Sociale et 22 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 et des décrets d'application (articles R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité Sociale). Elle n'est donc pas éligible au dispositif d'aide pour une complémentaire santé (A.C.S.) et au régime fiscal prévu par les articles 24 et 41 de la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

**Pour vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit en gras et en italique est défini(e) au Lexique.**

## 1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour adhérer et être Bénéficiaire de la Convention « MA SURCOMPLEMENTAIRE PRO », vous devez :

- Exercer une activité professionnelle en qualité de non salariée,
- Résider et exercer votre activité professionnelle en France Métropolitaine, Corse ou dans un Département d'Outre Mer (DOM) à l'exclusion de Mayotte ou dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin,
- Relever d'un **Régime Obligatoire** d'assurance maladie français.
- Être Adhérent à la Convention d'assurance de groupe à adhésion facultative « MON ASSURANCE SANTÉ PRO » souscrite par l'Association des Assurés APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance (Convention d'assurance n°2016S01), au titre des niveaux 3, 4, 5, 6 ou 7 et ne pas avoir souscrit l'option « éco » au titre de cette Convention.

Sont également assurés au titre de cette Convention, votre **Conjoint** et vos **Enfants**, bénéficiant des prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, assurés au titre de la Convention d'assurance « MON ASSURANCE SANTE PRO » (Convention d'assurance n°2016S01). Ils sont alors inscrits au **Certificat d'Adhésion**.

## AVEC APRIL JE COMPRENDS

## À NOTER :

En adhérant à ce contrat vous devenez membre d'une association pouvant vous venir en aide en cas de difficulté à l'aide de son fond social. Vous pouvez consulter les statuts sur son site : [www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr)

## À NOTER :

La gestion de votre contrat par APRIL Santé Prévoyance, c'est la garantie d'un service de qualité notamment en terme de délais. Vos prestations sont ainsi gérées en 24 heures et vos réclamations traitées en 48 heures dès réception des documents chez APRIL Santé Prévoyance. Vos remboursements sont accessibles à tout moment sur l'Espace Assuré : [www.april.fr](http://www.april.fr)

## À NOTER :

Si au cours de la vie du contrat votre situation devait changer, n'oubliez pas d'en informer APRIL Santé Prévoyance en suivant les indications de l'article 8 de la présente Notice.

## 2. QUE GARANTIT LA CONVENTION MON ASSURANCE SANTÉ PRO ?

La Convention « MA SURCOMPLEMENTAIRE PRO » (Convention d'assurance n° 2016S02) prend en charge en fonction du niveau de garanties que Vous avez souscrit, les frais médicaux et chirurgicaux restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité Sociale** et remboursements effectués au titre des garanties de la Convention « MON ASSURANCE SANTE PRO » (Convention d'assurance n°2016S01).

**Le niveau de garantie souscrit dans le cadre de l'adhésion à la Convention « Mon ASSURANCE SANTE PRO » (Convention d'assurance n°2016S01) doit être le même que celui souscrit dans le cadre de l'adhésion à la Convention « MA SURCOMPLEMENTAIRE PRO » (Convention d'assurance n° 2016S02).**

**Les dépenses et frais indiqués ci-dessus doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de vos garanties.**

## 3. VOS GARANTIES

### 3.1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES :

Le montant de vos remboursements est défini au sein de votre tableau des garanties en fonction du niveau que Vous avez souscrit et de la nature de vos dépenses médicales.

Les garanties sont exprimées en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (Base de remboursement).

**Si les remboursements de la Sécurité Sociale venaient à être modifiés en cours d'année, l'organisme assureur pourrait conserver le niveau de remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant cette modification.**

**LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES EN COMPLEMENT DU REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE ET DES REMBOURSEMENTS EFFECTUES AU TITRE DE LA CONVENTION « MON ASSURANCE SANTE PRO » (Convention d'assurance n°2016S01) ET DANS LA LIMITE DES GARANTIES SOUSCRITES.**

**DANS TOUS LES CAS, LE CUMUL DE VOS REMBOURSEMENTS NE PEUT EXCEDER LE MONTANT DE VOTRE DEPENSE REELLE.**

**En effet, conformément aux dispositions de l'article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale.**

Conformément à l'article L 121-4 du code des assurances, si Vous et/ou les **Assurés** bénéficiez de **garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs**, Vous devez en informer APRIL immédiatement et Nous faire connaître le nom du ou des assureurs avec lequel (ou lesquels) une autre assurance a été contractée et les garanties souscrites.

**Si Vous avez contracté plusieurs assurances contre un même risque de manière dolosive ou frauduleuse, Vous vous exposez à l'annulation de votre adhésion et au paiement de dommages et intérêts en application des sanctions prévues à l'article L121-3.**

Quand elles sont contractées sans fraude, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

### 3.2. MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES :

Tout changement de niveau de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

**De plus, la modification du niveau de garantie est subordonnée à la condition suivante :**

Le niveau de garanties souscrit dans le cadre de l'adhésion à la Convention « MA SURCOMPLEMENTAIRE PRO » (Convention d'assurance n°2016S02) doit être le même que celui souscrit dans le cadre de l'adhésion à la Convention « Mon ASSURANCE SANTE PRO » (Convention d'assurance n°2016S01).

### 3.3. CONTENU DES GARANTIES :

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre de la Convention « MA SURCOMPLEMENTAIRE PRO » (Convention d'assurance n° 2016S02). Il convient donc pour chaque garantie mentionnée dans votre tableau des garanties de Vous reporter au paragraphe concerné.

# NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent du niveau que Vous avez souscrit.

Les garanties sont exprimées dans la limite des frais réellement engagés et des limites exprimées au sein du tableau des garanties.

## 3.3.1 HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des honoraires médicaux des médecins non adhérents au **Contrat d'Accès aux Soins (CAS)** relatifs à une **Hospitalisation**, à une intervention chirurgicale ou en cas d'**Hospitalisation** à domicile ayant donné lieu à une prise en charge de la **Sécurité Sociale**.

## 3.3.2 SOINS COURANTS

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les honoraires pratiqués pour une consultation ou une visite par un médecin non adhérent au Contrat d'Accès aux soins (CAS) (y compris les consultations de médecins stomatologistes) ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes).
- Les frais d'actes techniques médicaux (y compris en soins externes) pratiqués par un médecin non adhérent au Contrat d'Accès aux soins (CAS),
- Les frais d'actes de radiologie et d'imagerie médicale pratiqués par un médecin non adhérent au Contrat d'Accès aux soins (CAS).

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la **Sécurité Sociale**.

## 3.4. LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

Ce service Vous permet de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la **Sécurité Sociale** auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers Payant. **Cette dispense de paiement est limitée au montant de la Base de Remboursement ou au montant prévu au tableau des garanties.**

Pour bénéficier de ce service, Vous devrez présenter au professionnel de santé votre carte Tiers Payant Santé.

## 4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

### 4.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

Si Vous bénéficiez de la télétransmission des informations entre la **Sécurité Sociale** et APRIL, vos remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez Nous adresser dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par la **Sécurité Sociale** :

- les originaux des décomptes délivrés par la **Sécurité Sociale**,
- les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.
- en cas d'hospitalisation, le bulletin de situation et notes d'honoraires

**APRIL se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire jugée nécessaire au règlement de la prestation.**

### 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. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un accident causé par un tiers, Nous pourrions agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui Vous ont été versées.

### 4.3. LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

Nous pourrions demander à l'**Assuré** ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document utiles 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. De même APRIL pourra faire procéder à des contrôles et/ou enquêtes nécessaires.

APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'**Accident** ou de la **Maladie** par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

**Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. De même l'Assuré ne doit pas entraver le bon déroulement des opérations d'expertise. A défaut, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.**

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.

#### À NOTER :

Si le professionnel de santé accepte le Tiers Payant mais qu'il pratique un dépassement d'honoraires, vous ne réglerez que le montant du dépassement et lui demanderez un reçu de paiement à adresser à APRIL Santé Prévoyance.

#### À NOTER :

La télétransmission permet à APRIL Santé Prévoyance de recevoir de votre régime obligatoire les informations nécessaires à votre remboursement.

Vous n'avez donc rien à faire ! Vous serez remboursé sous 24 heures.

#### À NOTER :

Si vous êtes victime d'un accident impliquant un tiers responsable, contactez le service santé APRIL Santé Prévoyance.

#### À NOTER :

Vous pouvez être en désaccord avec les conclusions de l'expert et demander l'organisation d'une expertise contradictoire en présence du médecin de votre choix.

## NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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.

### **Attention :**

**Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à APRIL expose l'Adhérent et les Assurés à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.**

## 5. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

### Ne sont pas garantis :

- *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 celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermale »), la thalassothérapie.*

En outre, votre Convention ayant la qualité de « Convention Responsable » elle ne prendra jamais en charge :

- *la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,*

### À NOTER :

Une participation forfaitaire sera appliquée par la Sécurité Sociale en cas de consultation chez un médecin stomatologue. Votre contrat, en tant que contrat responsable, ne pourra la prendre en charge.

## 6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?

### 6.1. MODALITÉS D'ADHÉSION ET DE PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Si Vous adhérez à la Convention en signant la demande d'adhésion papier, votre adhésion à la Convention sera conclue à la date de signature mentionnée sur le document. Par la signature, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre contrat dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si Vous adhérez à la Convention à distance par téléphone, votre adhésion sera conclue dès lors que Vous aurez manifesté, lors de l'entretien téléphonique, votre volonté d'adhérer aux conditions proposées. Un dossier d'adhésion, contenant notamment le **Certificat d'adhésion** et la Notice, Vous sera ensuite envoyé par courrier dans les jours qui suivent votre adhésion par téléphone. L'enregistrement, préalablement autorisé par l'**Adhérent**, de l'entretien téléphonique au cours duquel il a demandé à adhérer à la Convention, sera conservé par APRIL et pourra être utilisé comme preuve de l'accord de l'**Adhérent** sur les conditions du contrat et du contenu de l'ensemble de ses déclarations.

Si Vous adhérez à la Convention à distance par Internet sur le site d'APRIL, en signant électroniquement la demande d'adhésion, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Une fois votre adhésion finalisée, Vous recevrez un mail de confirmation à l'adresse électronique que Vous Nous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par APRIL. Votre adhésion est réputée conclue à la date d'envoi dudit mail de confirmation. Ce mail contiendra un lien Vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de vos documents contractuels.

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

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL. Votre adhésion sera matérialisée par l'émission d'un **Certificat d'adhésion**.

### 6.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Vos garanties prennent effet à la date indiquée sur votre **Certificat d'adhésion sous réserve du paiement de votre cotisation**. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de votre demande d'adhésion par APRIL, ou à la date de l'entretien téléphonique ou à la date de confirmation de votre adhésion en ligne le cas échéant, et ne peut jamais être antérieure à la date de prise d'effet des garanties de la Convention « MON ASSURANCE SANTE PRO » (Convention d'assurance n°2016S01).

En cas d'ajout d'un Assuré par l'**Adhérent**, la date de prise d'effet des garanties du nouvel **Assuré** est inscrite au **Certificat d'adhésion**. Elle sera identique à la date de prise d'effet des garanties du nouvel **Assuré** au titre de la Convention « MON ASSURANCE SANTE PRO » (Convention d'assurance n°2016S01).

L'**Adhérent** bénéficie d'un délai de renonciation dans les cas suivants :

## **Si Vous avez adhéré à la Convention suite à un démarchage à domicile :**

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent :  
«*Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation*»

## **Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :**

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

## **Dans ces deux cas, pour exercer votre droit à renonciation :**

Pour exercer votre droit à renonciation, Vous devez Nous notifier votre décision de renonciation à votre adhésion à la Convention à APRIL Santé Prévoyance Service Adhésion santé au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté faite par lettre envoyée par la poste à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - Service Adhésion santé Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

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

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

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :

«*Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention «MON ASSURANCE SANTE PRO» que j'avais souscrite le ..... par l'intermédiaire du cabinet....  
Fait à ..... le ..... signature .....*».

Si lors de votre adhésion vous avez demandé une prise d'effet des garanties avant l'expiration du délai de renonciation, les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la notification de votre volonté de renoncer à l'adhésion à la Convention.

**Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre adhésion à la Convention, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.**

## **6.3. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION**

**Votre adhésion à la Convention se renouvelle par tacite reconduction pour une année, à son échéance soit au 31 décembre de chaque année.**

Votre adhésion est viagère, c'est-à-dire que l'**Organisme assureur** ne pourra résilier votre adhésion sauf dans les cas mentionnés au paragraphe « Cessation de votre adhésion ».

## **6.4. CESSATION DE VOTRE ADHÉSION**

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

### **A votre initiative :**

Résiliation annuelle : Vous pouvez mettre fin à votre adhésion à chacune de ses échéances soit le 31 décembre de chaque année par l'envoi d'un courrier recommandé **adressé à APRIL Santé Prévoyance - 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03**, au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre.

**Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi).**

### **A l'initiative d'APRIL :**

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- en cas de dénonciation de la Convention par l'**Association des Assurés APRIL** ou l'**Organisme assureur** à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Vous en serez informé par l'Association et l'**Organisme assureur** Vous maintiendra le bénéfice de vos garanties,

De même, chaque Assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français, ou qu'il ne bénéficie plus des garanties de la Convention Mon Assurance Santé Pro (convention assurance n°2016S01).

**La résiliation de Votre adhésion à la Convention « Mon Assurance Santé Pro » (Convention d'assurance n°2016S01) entraînera la résiliation de Votre adhésion à la Convention « Ma Surcomplémentaire Pro » (Convention d'assurance n°2016S02), à la même date.**

### **Sanctions en cas de fausse déclaration :**

**Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à APRIL entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.**

### **À NOTER :**

Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre contrat si ce dernier a été signé suite à une visite ou une sollicitation d'un assureur-conseil à votre domicile ou sur votre lieu de travail (même si cette visite s'est faite à votre demande).

### **À NOTER :**

Vous n'avez pas à intervenir, votre contrat se renouvelle automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## **Article L113-8 du Code des assurances :**

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

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

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

## **Article L 113-9 du Code des assurances :**

*L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.*

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

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

## **7. VOTRE COTISATION**

### **7.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?**

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge de l'**Adhérent** à la date de prise d'effet des garanties,
- des garanties souscrites,
- de la catégorie socioprofessionnelle de l'**Adhérent**,
- de la qualité de **Créateur** de l'**Adhérent**,
- de la composition de la famille assurée (et notamment nombre de parent et nombre d'**Enfant** de moins de 25 ans ayant la qualité d'Assuré),
- du département de **Résidence** de l'**Adhérent**.

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.

#### Comment est déterminé l'âge de l'Adhérent ?

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

### **7.2. COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?**

Votre cotisation évolue contractuellement de 2,5 % chaque année.

A ces taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'**Année d'Adhésion**, de l'âge de l'**Adhérent**, de sa catégorie socioprofessionnelle, de la zone géographique de la **Résidence**, de la composition de la famille assurée, des garanties souscrites.

Votre cotisation pourra évoluer si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la **Sécurité Sociale**.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1<sup>er</sup> janvier ou en cours d'année en cas de modification de la réglementation applicable.

De même, votre cotisation évoluera en cas de modification du niveau de garantie ou de la composition familiale assurée. Pour le calcul de la cotisation, Il sera tenu compte de l'âge de l'**Adhérent** et du tarif en vigueur à la date de prise d'effet de ladite modification.

### **7.3. LES MODES DE PAIEMENT**

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

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

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

### **7.4. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?**

A défaut du paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, Nous Vous adresserons une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, Nous résilierons de plein droit votre adhésion et Nous pourrions 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.

#### **À NOTER :**

En cas de radiation pour non paiement nous ne serons plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.



## 8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION

La gestion de votre adhésion est confiée à APRIL. L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent donc être transmis directement à APRIL.

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

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez Nous avertir dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets. Votre adhésion est établie d'après les déclarations que Vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Ainsi, au cours de votre adhésion, Vous devez Nous déclarer par écrit dès que Vous en avez connaissance, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.

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 de votre adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

## 9. PRESCRIPTION

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

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

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

- Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité».
- Article L114-3 « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

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

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

## 10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » accessible sur votre espace assurés.

Si la réponse ne vous satisfait pas, Vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamation (par mail : [reclamations@april.com](mailto:reclamations@april.com) ou par courrier : Service Réclamations - APRIL Santé Prévoyance - 114 Bd Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03).

### CONSEIL :

Pour que votre contrat soit toujours adapté à votre situation, pensez à nous informer de tout changement. De même en cas de naissance d'un enfant, si vous l'assurez au titre de ce contrat dans les deux mois suivant sa naissance, il bénéficiera des garanties à partir de sa naissance.

### À NOTER :

Vous pouvez retrouver les coordonnées complètes de votre Assureur conseil sur votre Certificat d'adhésion ou sur l'Espace Assuré en vous connectant sur [www.april.fr](http://www.april.fr)

## NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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

### Médiation :

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

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

## 11. PROTECTION DE VOS DONNÉES

Vous êtes protégé par la loi Informatique et Libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée). Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à l'usage d'APRIL. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

## LEXIQUE

### Adhérent

Personne physique membre de l'Association des Assurés April qui adhère à la présente Convention.

### 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 des garanties portée au **Certificat d'adhésion** pour chaque Assuré.

### Base de Remboursement

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la **Sécurité Sociale** résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base).

Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes **TA, TC, TFR** ou **TR**.

### Certificat d'adhésion

Document remis à l'**Adhérent** constatant son adhésion à la Convention et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et le niveau choisi.

### 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 cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

### Contrat d'Accès aux Soins (CAS)

Le contrat d'accès aux soins (CAS) a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012, et paru au Journal officiel du 7 décembre 2012. Il est ouvert aux médecins de secteur 2 (à honoraires libres) et certains médecins du secteur 1 (médecins secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). Ces médecins s'engagent à limiter leurs dépassements pendant trois ans

En consultant un Médecin signataire du CAS, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la **Sécurité Sociale**.

Pour connaître les médecins adhérant au CAS, vous pouvez consulter le site [ameli-direct.ameli.fr](http://ameli-direct.ameli.fr).

### Créateur

Personne ayant créé son entreprise depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

### Enfant(s)

Les Enfants à charge célibataires de l'Adhérent ou de son **Conjoint**, jusqu'au 31 décembre de leur 25<sup>e</sup> anniversaire, ayant droit aux prestations en nature d'un **Régime Obligatoire**.

La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

### Hospitalisation

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

Est également considérée comme une **Hospitalisation** au sens du contrat les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (**Hospitalisation ambulatoire**) et les **Hospitalisations** à domicile (H.A.D.) prise en charge par la **Sécurité Sociale**.

### Régime Obligatoire

Le régime français de **Sécurité Sociale** auquel est affilié l'**Assuré**.

### Résidence

Lieu de situation du logement que l'**Adhérent** occupe habituellement et effectivement avec sa famille et où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels.

### EXEMPLE :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 01/09/2016. L'Année d'Adhésion correspond à la période entre le 01/09/2016 et le 01/09/2017.

# NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

## Secteur conventionné

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la **Sécurité Sociale** et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité Sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité Sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la Base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'assuré social.

## Secteur non conventionné

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la **Sécurité Sociale** et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité Sociale est alors effectué sur une base minorée.

## Sécurité Sociale

Terme générique utilisé pour désigner le régime d'Assurance maladie auprès duquel l'**Assuré** est affilié.

## TA (Tarif d'Autorité)

**Base de remboursement** de la Sécurité Sociale établie entre la **Sécurité Sociale** française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

## TC (Tarif de Convention)

**Base de remboursement** établie entre la **Sécurité Sociale** française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

## TM (Ticket Modérateur)

Différence entre la **Base de remboursement** et la part prise en charge par la **Sécurité Sociale**.

## TR (Tarif de Responsabilité)

Cela vise :

- le Tarif de 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.

## ANNEXE

### GRILLE OPTIQUE

Les plafonds de garanties prévus au tableau de garantie varient selon les niveaux de correction classés par catégorie comme suit :

VERRES	PLAFONDS APPLICABLE SELON NIVEAU DE GARANTIE (CF TABLEAU DE GARANTIE COMPLET)
<b>CATÉGORIE A</b> ● Deux verres simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	Niveau 1 : 100% BR Niveau 2 : 100 € Niveau 3 : 200 € Niveau 4 : 250 € Niveau 5 : 300 € Niveau 6 : 350 € Niveau 7 : 430 €
<b>CATÉGORIE B</b> > Verre 1 : ● Un verre simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 > Verre 2 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est [- 6,00 à + 6,00] ● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ● Un verre multifocal ou progressif ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est [- 8,00 à + 8,00] ● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est [- 4,00 à + 4,00]	Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 125 € Niveau 3 : 200 € Niveau 4 : 250 € Niveau 5 : 300 € Niveau 6 : 350 € Niveau 7 : 430 €
<b>CATÉGORIE C</b> > 2 verres (au choix) : ● Deux verres simple foyer dont la sphère est [- 6,00 à + 6,00] ● Deux verres simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ● Deux verres multifocaux ou progressifs ● Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est [- 8,00 à + 8,00] ● Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est [- 4,00 à + 4,00] OU > Verre 1 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est [-6,00 à +6,00] ● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à +4,00 ● Un verre multifocal ou progressif > Verre 2 (au choix) : ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est [- 8,00 à + 8,00] ● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est [- 4,00 à + 4,00]	Niveau 1 : 100 % BR Niveau 2 : 200 € Niveau 3 : 350 € Niveau 4 : 400 € Niveau 5 : 450 € Niveau 6 : 550 € Niveau 7 : 650 €

## ET APRÈS L'ADHÉSION ?

### FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

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

### APRIL VOUS ACCOMPAGNE

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

### FRAIS DE GESTION

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

- › Avenant au contrat : 10 €.
- › Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- › Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- › Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.
- › Relevés des prestations :
  - Si vous avez opté pour un virement automatique et un relevé mensuel : gratuit.
  - Si vous avez opté pour un remboursement par chèque : 0,76 € /relevé.

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

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 0478536518 - [www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).  
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.  
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.