

Notice (valant conditions générales)

APRIL

Assurance de Prêt

Access

✓ Cotisations variables





Sommaire

Préambule	p.3
1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	P.4
2. QUE GARANTIT LA CONVENTION APRIL ASSURANCE DE PRÊT ACCESS ?	P.5
3. LE CONTENU DE VOS GARANTIES	P.5
3.1. VOS GARANTIES DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	P.5
3.2. VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES	P.6
3.3. VOS GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T) / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T)	P.6
3.4. VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P)	P.9
3.5. VOTRE OPTION CONFORT+	P.9
4. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	P.10
5. PARTICULARITÉS	P.10
6. COMMENT METTRE EN ŒUVRE VOS GARANTIES ?	P.10
6.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.11
6.2. L'EXPERTISE MÉDICALE	P.12
6.3. LES MODALITÉS DE VERSEMENT DE PRESTATIONS	P.12
6.4. FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE	P.12
7. CE QUE VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE - LES EXCLUSIONS	P.13
8. A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?	P.14
8.1. MODALITÉS D'ADHÉSION	P.14
8.2. PRISE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DE VOS GARANTIES	P.14
8.3. GARANTIE TEMPORAIRE	P.15
8.4. DÉLAI D'ATTENTE	P.15
8.5. RENONCIATION	P.15
8.6. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION ET DE VOS GARANTIES	P.16
8.7. CESSATION DE VOTRE ADHÉSION ET DE VOS GARANTIES	P.16
9. VOTRE COTISATION	P.16
9.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE L'ASSIETTE DE VOTRE COTISATION ?	P.17
9.2. PAIEMENT DE VOTRE COTISATION	P.17
9.3. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	P.17
10. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER À LA CONNAISSANCE D'APRIL ?	P.17
11. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	P.18
12. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	P.18
13. PRESCRIPTION	P.19
14. ADHÉSION À LA MNCAP	P.19
15. PROTECTION DE VOS DONNÉES	P.20
Lexique	p.21
Annexes	p.23

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, APRIL ASSURANCE DE PRET ACCESS Cotisation variable MNCA2022PI, souscrite par l'Association des Assurés APRIL auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP).

L'organisme assureur de la Convention est MNCAP, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351, dont le siège social est situé 5 rue Dosne 75116 PARIS. La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

MNCAP est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

Le souscripteur de la Convention est l'Association des Assurés 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 autorisé 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 la Convention est, par délégation de l'Organisme assureur, APRIL Santé Prévoyance S.A.S.U. au capital social de 540 640 euros dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03 – RCS Lyon 428 702 419 – N° ORIAS 07 002 609, entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09 – ci-après dénommée APRIL.

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

L'adhésion à cette Convention est constituée par la signature de la demande d'adhésion, l'acceptation de la présente Notice et des statuts de la MNCAP (disponibles sur www.mncap.fr) ainsi que par l'émission du *Certificat d'adhésion*. Cette Convention est soumise à la législation française et notamment au Code de la mutualité.

La langue utilisée en cours de contrat sera la langue française.

Le terme « Adhérent » désigne la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente Convention et en paie les cotisations. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

Le terme « Assuré » désigne la personne qui bénéficie des garanties de la présente Convention et qui a la qualité de Membre Participant de la MNCAP. L'Assuré est inscrit au *Certificat d'adhésion*.

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

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 détresse à l'aide de son fonds social. Vous pouvez consulter les statuts sur le site www.association-assures-april.fr



1. Qui peut adhérer et être assuré ?

Pour adhérer au titre de cette Convention, Vous devez :

- être une personne physique âgée de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties,
- remplir les conditions de *Résidence* prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après,
- avoir contracté un emprunt immobilier à caractère non professionnel mentionné au 1^{er} de l'article L 313-1 du Code de la consommation, ou être *Caution* dudit emprunt, libellé en euros et rédigé en français auprès d'un *Organisme prêteur* situé en France d'un montant minimum garanti de 18 000 euros et de 200 000 euros maximum.

À NOTER

Les prêts immobiliers éligibles sont à usage d'habitation ou à usage mixte (habitation et professionnel).

Ne sont pas éligibles aux garanties de la présente Convention, les types de prêts suivants :

- les prêts in fine,
- les crédits-bails,
- les prêts viagers hypothécaires,
- les prêts Europlan,
- les prêts entre particuliers,
- les crédits-vendeurs.

Pour être assuré au titre de cette Convention, qui est sans sélection médicale, l'Assuré doit :

- être une personne physique âgée de 18 ans au moins et de moins de 60 ans à la date de fin de l'emprunt,
- être emprunteur, co-emprunteur ou *Caution* d'une personne physique,
- avoir un encours cumulé de crédits assuré qui n'excède pas 200 000 euros en incluant le capital assuré de l'emprunt,
- exercer de manière effective une activité professionnelle n'appartenant pas à l'une des catégories suivantes :

<ul style="list-style-type: none"> ● Professions de secours, avec port d'armes (sécurité, surveillance, maintien de l'ordre), militaires, convoyeurs de fonds, détectives, gardes du corps, maîtres-chiens ● Professions exercées au sein d'une ambassade, d'un consulat ● Professions de l'information et de l'audiovisuel ● Professions de la montagne (guide, moniteur de ski), de la chasse, sportifs professionnels, entraîneurs, arbitres, moniteurs d'aviation, parachutistes, écuyers ● Professions avec activités en mer, sur chantier naval, dockers, océanographes ● Personnels navigants de compagnie aérienne non régulière (pilotes de ligne, hôtesse de l'air, stewards), pilotes d'avion privé ou d'hélicoptère ● Professions avec activités sur sites dangereux (site P4, centrale nucléaire, plateforme pétrolière/gazière, site de raffinage et d'exploitation) et/ou avec transport ou manipulation de produits dangereux (chimiques, explosifs, agents pathogènes), chaudronniers 	<ul style="list-style-type: none"> ● Professions avec des travaux de la mine, en souterrains ou galeries, en carrières ou cimenteries, spéléologues, géologues, vulcanologues ● Professions avec travaux réguliers de grande hauteur (plus de 15 mètres) ou d'ouvrage d'art ● Professions de l'art, du spectacle, auteurs/dramaturges/écrivains, stylistes, mannequins ● Professions du cirque, forains, dresseurs d'animaux domestiques ● Arts divinatoires (astrologie, cartomancie, voyance), magnétiseurs, hypnotiseurs ● Professions religieuses, humanitaires, missionnaires ● Croupiers
---	---



- remplir les conditions de *Résidence* prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après :

GARANTIES	CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ LIÉES AU LIEU DE RÉSIDENCE		
	France Continentale	Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint Barthélemy, Saint Martin	Corse, Mayotte, Nouvelle Calédonie, Polynésie Française, Saint Pierre-et- Miquelon, Terres australes et antarctiques, Wallis et Futuna
Décès	●	●	●
P.T.I.A	●	●	●
I.T.T	●	●	
I.P.T	●	●	
I.P.P	●	●	
Option Confort+	●	●	
Invalidité Spéciale Professions Médicales	●		
CONDITION D'ÉLIGIBILITÉ LIÉE AU LIEU DE L'ORGANISME PRÊTEUR	L'Organisme prêteur doit être situé en France		

APRIL pourra Vous demander de communiquer :

- le tableau d'amortissement de l'emprunt ,
- l'acte de cautionnement lorsque l'Assuré a la qualité de *Caution*.

2. Que garantit la Convention APRIL Assurance de Prêt Access ?

En fonction des garanties et de la *Quotité assurée* que Vous aurez choisies, l'Organisme assureur versera à l'*Organisme prêteur* :

- un capital en cas de décès, de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (P.T.I.A) ou d'*Invalidité Spéciale Professions Médicales* de l'Assuré,
- un capital ou tout ou partie des mensualités du prêt venant à échéance, en cas d'*Invalidité Permanente Totale* (I.P.T.) de l'Assuré,
- tout ou partie des mensualités du prêt venant à échéance, en cas d'*Incapacité Temporaire Totale* (I.T.T.) ou d'*Invalidité Permanente Partielle* (I.P.P.) de l'Assuré.

Concernant la garantie *Incapacité Temporaire Totale* (I.T.T.), Vous avez le choix entre la *Franchise* de 90 ou 180 jours.

Les garanties dont bénéficie l'Assuré sont mentionnées au *Certificat d'adhésion*.

3. Le contenu de vos garanties

3.1. VOS GARANTIES DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Décès :

Si l'Assuré décède à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), APRIL verse au *Bénéficiaire* désigné le capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur* dans la limite du *Montant garanti*. Le *Bénéficiaire* du capital est l'*Organisme prêteur* désigné sur la demande d'adhésion mais ce peut être également la(les) personne(s) physique(s) de votre choix désignée(s) après accord de l'*Organisme prêteur* en cas d'avenant de cession.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

La garantie Décès cesse au plus tard avant le 60^e anniversaire de l'Assuré.



En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

La *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* consécutive à une *Maladie* ou à un *Accident* garanti(e) est assimilée au Décès.

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu en état de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*, APRIL verse à l'*Organisme prêteur* le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la date de *Consolidation* de la P.T.I.A est fixée par expertise médicale dans les conditions définies à l'article 6.2 « L'expertise médicale ».

Pour bénéficier de cette garantie, la P.T.I.A. doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 60^e anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, la P.T.I.A. doit être consolidée au plus tard avant le 60^e anniversaire de l'Assuré, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

3.2 – VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES

En complément des garanties Décès / P.T.I.A, cette garantie peut être souscrite exclusivement :

- par les Assurés exerçant la profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, d'interne, de sage-femme, de pharmacien, de kinésithérapeute, d'ostéopathe ou de vétérinaire,
- au moment de l'adhésion à la Convention et au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date de signature de la demande d'adhésion.

L'*Invalidité Spéciale Professions Médicales* consécutive à une *Maladie* ou à un *Accident* garanti(e) est assimilée au Décès.

En cas d'invalidité, appréciée par rapport au barème d'invalidité professionnelle permanente à 100% ci-annexé, APRIL verse à l'*Organisme prêteur* le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la date de *Consolidation* de l'*Invalidité Professionnelle Permanente à 100%* est fixée par expertise médicale dans les conditions définies à l'article 6.2 « L'expertise médicale ».

Pour bénéficier de cette garantie, l'invalidité doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 60^e anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'invalidité doit être consolidée au plus tard avant le 60^e anniversaire de l'Assuré, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

3.3 – VOS GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T) / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T)

Ces garanties peuvent être souscrites exclusivement :

- en complément des garanties Décès / P.T.I.A pour une *Quotité assurée* inférieure ou égale à celle des garanties Décès / P.T.I.A,
- au moment de l'adhésion à la Convention et au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date de signature de la demande d'adhésion.

3.3.1 – Votre garantie Incapacité Temporaire Totale (I.T.T)

APRIL verse à l'*Organisme prêteur* selon la *Franchise* souscrite à l'adhésion à compter du 91^e ou du 181^e jour d'*Incapacité Temporaire Totale* de l'Assuré, les arrérages de remboursement venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

La prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de l'I.T.T proportionnellement à cette durée.

Pour donner droit aux versements définis ci-dessus, l'incapacité doit entraîner une interruption réelle et complète des activités professionnelles de l'Assuré ou des *Occupations de la vie quotidienne* pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du *Sinistre*.

À NOTER

Un état consolidé signifie que votre état de santé doit médicalement ne plus être susceptible d'évoluer vers une aggravation ou une amélioration. Cet état est apprécié par une autorité médicale.

PRÉCISION

Arrérage : il s'agit des sommes que vous remboursez à votre banque.

L'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant, APRIL versera pendant six (6) mois maximum les arrérages de remboursement venant à échéance à hauteur de 50% du *Montant garanti* sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins deux (2) mois au titre de l'*Incapacité Temporaire Totale*.

Toute *Rechute* dans les deux (2) mois de la reprise du travail ou des *Occupations de la vie quotidienne* sera considérée comme un seul et même *Sinistre*.

Sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'Organisme assureur et que votre garantie I.T.T soit toujours en vigueur à la date de la *Rechute*, le service des prestations sera repris dès le 1er jour de la cessation des activités, sans nouvelle application du délai de *Franchise*. Toute nouvelle cessation d'activité postérieure à la date de résiliation de votre garantie I.T.T ne pourra être prise en charge.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas de reprise totale ou partielle du travail (sauf si elle est justifiée pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant) ou des *Occupations de la vie quotidienne* pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du *Sinistre*,
 - en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité totale physiquement ou mentalement de travailler ou d'accomplir les *Occupations de la vie quotidienne* pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du *Sinistre*,
 - à la date de la *Consolidation* de l'état de santé de l'Assuré,
 - et/ou pendant la période de congé légal de maternité pour les Assurées,
 - à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 60^e anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.
- En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées avant le 60^e anniversaire de l'Assuré,
- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 8.7 « Cessation de vos garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.T.T ne peut être prise en compte.

L'Organisme assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.T.T. :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total.

3.3.2 – VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T)

Lors de l'adhésion à la Convention, l'Adhérent choisit le mode de versement des prestations qui peut être soit en capital soit en rente. Le mode de versement des prestations choisi est valable pendant toute la durée de l'adhésion.

Garantie Invalidité Permanente Totale en Capital (I.P.T en Capital)

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'*Invalidité Permanente Totale*, APRIL verse à l'*Organisme prêteur* le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la date de *Consolidation* de l'I.P.T est fixée par expertise médicale dans les conditions définies à l'article 6.2 « L'expertise médicale ».

Pour qu'il y ait *Invalidité Permanente Totale*, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'interruption initiale de ses *Occupations de la vie quotidienne* constatée médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

PRÉCISION

Si votre échéance mensuelle garantie en cas d'incapacité totale est de 800 euros, la prestation versée en cas de reprise à temps partiel est de 400 euros.

À NOTER

Dans ce cas aucune nouvelle franchise n'est appliquée.

PRÉCISION

Le congé légal de maternité n'est pas un arrêt maladie, c'est pourquoi il ne peut donner lieu à indemnisation.



Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 66%.

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.T doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 60^e anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'I.P.T doit être consolidée au plus tard avant le 60^e anniversaire de l'Assuré, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

Le paiement du capital met fin à l'assurance si la Quotité assurée en I.P.T est égale à celle assurée en Décès / P.T.I.A.

Si la *Quotité assurée* en I.P.T est inférieure à celle assurée en Décès / P.T.I.A, l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès / P.T.I.A pour un montant égal au capital restant dû multiplié par la *Quotité assurée* en Décès / P.T.I.A, après déduction du capital versé au titre de l'I.P.T.

Garantie Invalidité Permanente Totale en Rente (I.P.T en Rente)

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'*Invalidité Permanente Totale*, APRIL verse à l'*Organisme prêteur* les arrérages de remboursement venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur* à hauteur du *Montant garanti*.

Pour qu'il y ait *Invalidité Permanente Totale*, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement, doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de ses *Occupations de la vie quotidienne* constaté médicalement, doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 66%.

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.T doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 60^e anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'I.P.T doit être consolidée au plus tard avant le 60^e anniversaire de l'Assuré, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de l'I.P.T proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 66%,
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 60^e anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées avant le 60^e anniversaire de l'Assuré,

- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 8.7 « Cessation de vos garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.P.T ne peut être prise en compte.

L'Organisme assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.P.T en Rente :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total.

PRÉCISION

Arrérage : il s'agit des sommes que vous remboursez à votre banque.

3.4 – VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement :

- en complément des garanties I.T.T / I.P.T pour une *Quotité assurée* égale à celle des garanties I.T.T / I.P.T,
- au moment de l'adhésion à la Convention et au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date de signature de la demande d'adhésion.

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'*Invalidité Permanente Partielle*, APRIL verse les arrérages de remboursement venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur* à hauteur de 50% du *Montant garanti* au titre de la garantie I.T.T, déterminé au jour du *Sinistre*.

Pour qu'il y ait *Invalidité Permanente Partielle*, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de ses *Occupations de la vie quotidienne* constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être compris entre 33% et 65%.

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.P doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 60^e anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'I.P.P doit être consolidée au plus tard avant le 60^e anniversaire de l'Assuré, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de l'I.P.P proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33% ou supérieur à 65%,
- en cas d'indemnisation au titre de la garantie *Invalidité Permanente Totale*,
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 60^e anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées avant le 60^e anniversaire de l'Assuré,

- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 8.7 « Cessation de vos garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.P.P ne peut être prise en compte.

L'Organisme assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.P.P :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total.

3.5 – VOTRE OPTION CONFORT+

Cette option peut être souscrite exclusivement en complément des garanties I.T.T/ I.P.T ou I.T.T / I.P.T I.P.P.

L'option Confort+ a pour objet de faire bénéficier l'Assuré de la suppression des exclusions des affections disco-vertébrales et psychiatriques et/ou psychiques, en cas d'incapacité et d'invalidité, prévues à l'article 7 « Ce que votre contrat ne prend pas en charge – Les exclusions ».

L'option doit être souscrite au moment de l'adhésion à la Convention et au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date de signature de la demande d'adhésion.

PRÉCISION

Si votre échéance mensuelle garantie en cas d'incapacité totale est de 800 euros, la prestation versée en cas d'invalidité permanente partielle est de 400 euros.



En cas de résiliation de l'option, Vous ne pourrez plus la souscrire.

En cas d'incapacité ou d'invalidité, l'option Confort + permet la prise en charge des *Sinistres* résultant et/ou provenant :

- des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales : hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale sans condition d'*Hospitalisation*,
- des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique et d'un burn-out, ainsi que des suites et conséquences de ces affections sans condition d'*Hospitalisation*.

4. Étendue territoriale des garanties

L'ensemble des garanties décrites à l'article 3 « Le contenu de vos garanties » s'exercent dans le monde entier.

En cas d'*Accident* ou de *Maladie* atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de *Franchise* ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale faite, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'*Accident* ou de la *Maladie* par un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Les garanties seront mises en œuvre selon les modalités définies au présent contrat.

5. Particularités

En présence de co-emprunteurs et co-cautions :

En cas de décès simultané de co-emprunteurs ou de co-*Cautions* assurés, **le capital versé par l'Organisme assureur au titre d'un même prêt, ne pourra être supérieur au capital restant dû par les Assurés à l'Organisme prêteur au jour du décès**, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur*.

En cas d'incapacité ou d'invalidité simultanée de co-emprunteurs ou de co-*Cautions* assurés, **le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt ne pourra excéder le capital restant dû ou le montant de l'échéance de remboursement due par les Assurés à l'Organisme prêteur**, tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur*.

Montant maximum de l'indemnisation :

Les prestations versées pour l'ensemble des prêts assurés dans le cadre de la présente Convention, sont limitées à :

- 200 000 euros au titre des garanties Décès / P.T.I.A / *Invalidité Spéciale Professions Médicales* / I.P.T en Capital,
- 4 000 euros par mois au titre des garanties ITT / I.P.T en Rente / I.P.P.

Pour les Assurés résidant dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy ou à Saint Martin, les prestations versées sont limitées à 2 000 euros par mois au titre des garanties I.T.T / I.P.T en Rente / I.P.P.

Modification du certificat banque et avenant de cession :

Toute modification du certificat banque ou la mise en place d'un avenant de cession, nécessite au préalable le consentement écrit de l'*Organisme prêteur*.

6. Comment mettre en œuvre vos garanties ?

Sous peine de déchéance, tout état d'Incapacité Temporaire Totale doit être déclaré à APRIL dans un délai de cent quatre-vingts (180) jours suivant la date de début de l'arrêt de travail. De même toute prolongation d'incapacité doit être communiquée à APRIL dans les trente (30) jours.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Spéciale Professions Médicales, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré devra nous le déclarer dans les deux (2) mois qui suivent sa survenance.

Passé ces délais, l'Assuré perdra ses droits à indemnisation si l'Organisme assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, sauf dans les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.



En cas de décès, le *Bénéficiaire* ou les ayants droit de l'Assuré doivent en informer APRIL dans les plus brefs délais.

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

6.1 – LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

Dans le cadre de l'exécution de la présente Convention, le médecin conseil d'APRIL pourra demander à l'Assuré ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'Assuré, agissant pour son compte et celui de ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu qu'APRIL s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

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

Sans réponse aux renseignements et documents demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

En cas de décès :

- La copie intégrale de l'acte de décès,
- le certificat médical fourni par APRIL, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- en cas d'*Accident*, une déclaration écrite précisant les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- une attestation de l'*Organisme prêteur* indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès,
- le tableau d'amortissement du prêt assuré en vigueur au jour du décès,
- la copie de l'offre de prêt,
- si le *Bénéficiaire* n'est pas l'*Organisme prêteur*, la copie d'un document officiel permettant la justification de sa qualité (copie de livret de famille, du pacte civil de solidarité, ...),
- toutes autres pièces demandées par APRIL en possession de l'Assuré ou auxquelles les ayants droit peuvent avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Spéciale Professions

Médicales :

- Un certificat médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la *Maladie* ou les conséquences prévisibles de l'*Accident*, ainsi que le degré de l'incapacité au travail, la date de *Consolidation*, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel,
- la notification de la Sécurité sociale de prise en charge de la *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* avec assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré n'est pas assujéti à la Sécurité sociale, il sera nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité,
- en cas d'*Accident*, une déclaration écrite précisant les circonstances du *Sinistre*, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- une attestation de l'*Organisme prêteur* indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'*Organisme assureur* de la *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* ou de l'*Invalidité Professionnelle Permanente à 100%*,
- le tableau d'amortissement du prêt assuré en vigueur au jour du *Sinistre*,
- la copie de l'offre de prêt,
- toutes autres pièces demandées par APRIL en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle et d'Invalidité

Permanente Totale :

- L'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- en cas d'*Hospitalisation*, le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie,
- le certificat médical fourni par APRIL, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant la nature de l'*Accident* ou de la *Maladie* qui justifie l'incapacité ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état,
- en cas de *Rechute* un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même *Affection* et/ou d'une

CONSEIL

Pour une étude rapide de votre demande d'indemnisation, adressez-nous un dossier complet.



nouvelle *Affection* résultant du *Sinistre* initial ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la rechute,

- la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.
- en cas d'*Accident*, une déclaration écrite précisant les circonstances du *Sinistre*, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- pour l'IPT en Capital, une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Organisme assureur de l'*Invalidité Permanente Totale*,
- le tableau d'amortissement du prêt assuré en vigueur au jour du *Sinistre*,
- la copie de l'offre de prêt,
- toutes autres pièces demandées par APRIL en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir également accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

6.2 – L'EXPERTISE MÉDICALE

L'état d'*Incapacité Temporaire Totale*, d'*Invalidité Permanente Partielle*, d'*Invalidité Permanente Totale*, de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* ou d'*Invalidité Spéciale Professions Médicales* peut être contrôlé par expertise médicale. Les décisions prises par les organismes sociaux dont l'Assuré dépend sont inopposables à l'Organisme assureur.

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, ledit médecin que Nous aurons désigné doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Ledit médecin expert missionné par APRIL sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et Vous aurez la possibilité de Vous faire accompagner lors de cet examen par un médecin de votre choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires de votre médecin resteront à votre charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'Assuré. Chacune des parties désignera alors un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Si lesdits médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

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.

6.3 – LES MODALITÉS DE VERSEMENT DE PRESTATIONS

Les sommes dues sont payables après qu'APRIL ait réceptionné et étudié votre dossier complet. Elles sont toujours versées en euros au profit du *Bénéficiaire* pour la garantie Décès et au profit de l'*Organisme prêteur* pour les autres garanties.

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

6.4 – FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par APRIL dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré et l'Organisme prêteur à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

En cas de *Sinistre* Décès, toute omission, réticence, fausse déclaration établie par APRIL dans les informations qui lui seront fournies expose le Bénéficiaire et les ayants droit de l'Assuré à une déchéance de garanties, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

À NOTER

Votre état d'incapacité ou d'invalidité est apprécié indépendamment de la prescription d'un arrêt de travail par votre médecin ou de la notification par votre Régime obligatoire d'une invalidité.

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.

PRÉCISION

C'est-à-dire que si les indemnités versées sont la conséquence d'un accident causé par un tiers, nous pourrions agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui vous auront été versées.

7. Ce que votre contrat ne prend pas en charge – Les exclusions

Ne sont pas garantis au titre de l'ensemble des garanties, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- de toute participation à des exhibitions, paris, essais et tentatives de records, de quelle que nature que ce soit,
- de la pratique de tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat rémunéré par l'Assuré à l'adhésion,
- de tout sport et/ou activité sportive non représentés par une fédération française et agréée par le Ministère des Sports,
- de la pratique du saut à l'élastique, du wing suit, du base jump,
- de la pratique de tout sport nécessitant l'usage d'un véhicule terrestre à moteur et/ou de tout sport aérien (à voile, aile ou moteur), sauf dans le cadre d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état,
- d'une guerre mettant en cause l'Etat français,
- des faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires, quels que soient le lieu et les protagonistes,
- de la participation à une rixe (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme.

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre de la garantie

Décès, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- du suicide pendant la première année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation éventuelle des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide pour les garanties supplémentaires, est garanti à compter de la deuxième année qui suit la date de prise d'effet de l'augmentation. Toutefois, pour les prêts destinés à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la première année dans la limite d'un plafond de 120 000 euros (article D 223-1 du Code de la mutualité).

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre des garanties

Décès, P.T.I.A. et Invalidité Spéciale Professions Médicales, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- d'Accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même.

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre des garanties

P.T.I.A, Invalidité Spéciale Professions Médicales, I.T.T, I.P.P et I.P.T, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des suites et conséquences d'une Maladie ou d'un Accident ayant donné lieu à un arrêt de travail ou une invalidité, en cours à la date de signature de la demande d'adhésion,
- des effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules. Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de Maladie ou d'Accident garanti,
- d'une tentative de suicide de l'Assuré,
- du fait volontaire de l'Assuré ou du Bénéficiaire.

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre des garanties I.T.T, I.P.P et I.P.T, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique et d'un burn-out, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation continue de plus de quinze (15) jours.
Si l'Hospitalisation a lieu au cours des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise.
Si l'Hospitalisation a lieu au-delà des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'Hospitalisation.



Les Assurés placés sous tutelle ou curatelle sont garantis pour ces affections sans condition d'*Hospitalisation*. Si le placement sous tutelle ou curatelle intervient après le délai de *Franchise*, l'indemnisation commencera à compter de la date du placement.

Les Assurés ayant souscrit l'option Confort+ sont garantis pour ces affections sans condition d'*Hospitalisation*.

- des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales : hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale, sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale nécessitant une *Hospitalisation* continue de plus de sept (7) jours. Cette exclusion ne s'applique pas aux affections fracturaires post-traumatiques ou tumorales liées au dos.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au cours des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à la fin du délai de *Franchise*.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au-delà des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'*Hospitalisation*.

Les Assurés ayant souscrit l'option Confort+ sont garantis pour ces affections sans condition d'*Hospitalisation*.

Il appartient à APRIL d'établir que le *Sinistre* résulte et/ou provient d'une des causes d'exclusions précitées.

8. À partir de quand et pour combien de temps êtes-vous garanti ?

8.1 – MODALITÉS D'ADHÉSION

Si Vous adhérez à la Convention par internet, Vous et chaque Assuré signez électroniquement la demande d'adhésion. Pour signer électroniquement, Vous et chaque Assuré devez renseigner le « code signature » qui vous aura été personnellement communiqué par SMS (au numéro de téléphone que vous Nous aurez communiqué sur votre demande d'adhésion). Ce « code signature » a une durée de validité limitée et est strictement personnel et confidentiel. En utilisant ce code pour signer électroniquement, Vous et chaque Assuré manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion proposées dont vous avez au préalable pris connaissance et vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Aussitôt après la signature électronique de votre adhésion, Vous recevrez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que Vous Nous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par APRIL. Vous et chaque Assuré disposez d'un accès sécurisé sur un site dédié vous permettant d'accéder à tout moment à l'ensemble des 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.

Si Vous adhérez à la Convention en signant la demande d'adhésion papier, par votre signature, Vous et chaque Assuré manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont vous avez au préalable pris connaissance et Vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

8.2 – PRISE D'EFFET DE VOTRE ADHÉSION ET DE VOS GARANTIES

Votre adhésion et celle de chaque Assuré à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL.

Votre date d'adhésion correspond à la date d'effet des garanties que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion.

Cette date figure sur le *Certificat d'adhésion* qui Vous sera envoyé sur support papier par voie postale ou mis à votre disposition sur support durable via un accès sécurisé sur votre Espace Assuré.

Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à compter de la date d'existence d'un engagement de l'Assuré vis à vis de l'*Organisme prêteur* matérialisé par la signature de l'offre de prêt ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt :

- au lendemain de la date d'envoi du courriel de confirmation par APRIL, en cas d'adhésion par internet,
- au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL, en cas d'adhésion par papier.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

CONSEIL

Conservez précieusement ce document, il est la justification de votre adhésion.

8.3 – GARANTIE TEMPORAIRE

En cas d'adhésion par papier, Vous bénéficiez d'une garantie temporaire en cas de décès de l'Assuré suite à un *Accident* survenant entre la date à laquelle APRIL réceptionne votre demande d'adhésion et la date d'acceptation de votre adhésion concrétisée par l'envoi de votre *Certificat d'adhésion*, pour le cas où une offre de prêt a été remise. Le *Montant garanti* est égal au montant du capital indiqué dans votre demande d'adhésion au titre de la garantie Décès.

Cette garantie prendra fin dès qu'APRIL Vous aura notifié l'acceptation de votre adhésion concrétisée par l'envoi du *Certificat d'adhésion*, ou le refus de votre adhésion. Elle cessera automatiquement si Vous ne donnez pas suite à votre adhésion et dans tous les cas au plus tard soixante (60) jours à compter de la date à laquelle APRIL réceptionne votre demande d'adhésion.

8.4 – DÉLAI D'ATTENTE

Pour les prêts déjà en cours et non assurés au moment de l'adhésion, un *Délai d'attente* de trois (3) mois est applicable lorsque les *Sinistres* sont dus à des *Maladies* et *Affections*

Dans tous les autres cas, aucun *Délai d'attente* n'est applicable aux *Sinistres* résultant et/ou provenant d'*Accidents*, de *Maladies* et d'*Affections*.

8.5 – RENONCIATION

DÉLAIS DE LA RENONCIATION

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

Les dispositions suivantes issues de l'article L 221-18-1 I. du Code de la mutualité 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 adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative 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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».

Nous portons ce délai de quatorze (14) à trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date d'effet des garanties indiquée au *Certificat d'adhésion*.

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance (ou internet) :

Si Vous avez souscrit 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), conformément à l'article L 221-18 du Code de la mutualité, Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date d'effet des garanties indiquée au *Certificat d'adhésion*.

Dans tous les autres cas :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date d'effet des garanties indiquée au *Certificat d'adhésion*.

MODALITÉS DE LA RENONCIATION

Dans tous les cas, pour exercer votre droit à renonciation, Vous devez avoir obtenu l'accord écrit de l'*Organisme prêteur*. Vous devez adresser votre demande de renonciation dénuée d'ambiguïté à l'adresse suivante :

- Par courrier : APRIL Santé Prévoyance – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03 ;
- Par courrier électronique : relationclient@april.com.

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 trente (30) jours susmentionné.

Vous pouvez utiliser le modèle de rédaction suivant :

« Je soussigné(e) M (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat APRIL ASSURANCE DE PRET ACCESS n°..... que j'ai souscrit le par l'intermédiaire du cabinet.....

Fait à le signature de l'Adhérent et de l'Organisme prêteur ».

EFFETS DE LA RENONCIATION

La renonciation fait disparaître rétroactivement votre adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. Les cotisations encaissées font l'objet d'un remboursement dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de la lettre.

La garantie Décès est acquise jusqu'à l'envoi du chèque correspondant au montant de la cotisation restituée et au plus tard, jusqu'au 30^e jour suivant la date d'effet des garanties.



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

8.6 – DURÉE DE VOTRE ADHÉSION ET DE VOS GARANTIES

Votre adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année, pour autant que la Convention soit toujours en vigueur.

En cas de cessation d'activité de l'Association des Assurés APRIL, l'Organisme assureur s'engage à maintenir à l'Assuré, l'intégralité des garanties dont il bénéficiera à la date de cette cessation.

8.7 – CESSATION DE VOTRE ADHÉSION ET DE VOS GARANTIES

La cessation de votre adhésion met fin à l'ensemble des garanties et à vos droits à indemnisation.

Votre adhésion cesse :

De plein droit :

- a) au terme du prêt ou de l'acte de cautionnement,
- b) en cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- c) dès que Vous avez entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de votre adhésion,
- d) dès que l'Assuré perd sa qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de *Caution*,
- e) lorsque l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant son 60^e anniversaire en cas de poursuite effective d'une activité professionnelle rémunérée.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées avant le 60^e anniversaire de l'Assuré,

- f) en cas de perte de la qualité de Membre Participant dans les conditions prévues par les statuts de la MNCAP.

À votre initiative :

- g) à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 221-10 du Code de la mutualité

En cas d'acceptation de la substitution par l'*Organisme prêteur*, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux (2) dates suivantes :

- soit dix (10) jours après la réception par APRIL de la décision d'acceptation de l'*Organisme prêteur*,
- soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

Vous devez notifier également à APRIL la décision de l'*Organisme prêteur* (article L 313-31 du Code de la consommation) ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de refus de la substitution par l'*Organisme prêteur*, l'adhésion est maintenue et continue de produire ses effets.

La résiliation doit être notifiée à APRIL selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03,
- Par *Lettre Recommandée Electronique* ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante : relationclient@april.com.

À l'initiative de l'Organisme assureur :

- h) en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues à l'article 9 « Votre cotisation »,
- i) en cas de fausse déclaration, conformément à l'article 6.4 « Fausse déclaration en cas de Sinistre » et à l'article 12 « Sanctions en cas de fausse déclaration ».

En cas de dénonciation de la présente Convention par l'Association ou par l'Organisme assureur à l'échéance annuelle, vos garanties demeureront acquises jusqu'au terme de votre contrat, dans les mêmes conditions.

9. Votre cotisation

Lors de l'adhésion, l'Adhérent choisit le mode de calcul des cotisations. Un seul mode de calcul des cotisations est possible quel que soit le nombre de personnes assurées et il est valable pendant toute la durée de l'adhésion.

Le mode de calcul des cotisations de la présente Convention est la cotisation variable.

À NOTER

Vous n'avez pas à intervenir, votre contrat se renouvelle automatiquement chaque année.

PRÉCISION

Votre *organisme prêteur* peut vous demander de rembourser votre prêt par anticipation par exemple si vous ne payez pas vos mensualités. Dans ce cas, votre contrat prend fin à la date de déchéance du terme.

À NOTER

Vos garanties peuvent prendre fin avant votre prêt.

À NOTER

Une attestation de votre organisme prêteur est nécessaire pour que votre contrat soit résilié.



9.1 – COMMENT EST DÉTERMINÉE L'ASSIETTE DE VOTRE COTISATION ?

L'assiette de votre première cotisation correspond au *Montant garanti* initial pour chaque Assuré et au capital restant dû garanti au 1^{er} janvier de chaque année, pour les cotisations suivantes.

Votre cotisation est calculée en tenant compte :

- pour la première cotisation, de l'âge de chaque Assuré à la date de prise d'effet des garanties (l'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),
- pour les cotisations suivantes, de l'âge atteint par chaque Assuré au 31 décembre (l'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance).

Tout changement du taux des taxes applicables à la Convention, toute instauration de nouvelles impositions applicables à la Convention ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à la Convention entraînera une modification du montant de la cotisation.

9.2 – PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Votre cotisation est payable d'avance annuellement sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé :

- en France, pour les paiements par chèque,
- dans un pays membre de la zone SEPA, pour les paiements par prélèvement.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon la périodicité de paiement que Vous avez choisie lors de votre adhésion.

9.3 – 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, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Une lettre d'information sera adressée dans les mêmes délais à l'*Organisme prêteur* désigné *Bénéficiaire*.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, APRIL résiliera de plein droit votre adhésion et pourra réclamer le paiement des cotisations restant dues.

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

Si vous ne payez plus votre cotisation, nous informons votre organisme prêteur.

À NOTER

En cas de résiliation, nous ne serons plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.

10. Quelles informations devez-vous porter à la connaissance d'APRIL ?

Votre contrat est établi d'après vos déclarations ainsi que celles de chaque Assuré lors de votre adhésion.

En cours de contrat, les changements intervenus dans votre situation ou celle de chaque Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Afin de procéder à la mise à jour de votre contrat, Vous devez communiquer à APRIL par écrit, dès que Vous en avez connaissance, toute modification des caractéristiques de votre prêt ou de l'acte de cautionnement (allongement de la durée, modification du taux d'intérêt, remboursement partiel ou total anticipé, renégociation...).

Toutes modifications des caractéristiques de votre prêt ou de l'acte de cautionnement non déclarées à APRIL sont inopposables à l'Organisme assureur dès lors qu'elles entraînent pour l'Organisme assureur un engagement supplémentaire.

Vous devez également informer APRIL dès qu'un Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse dans le cas où il ne poursuit pas de manière effective une activité professionnelle rémunérée.

En adhérant via un process dématérialisé ou en communiquant à APRIL votre adresse électronique personnelle, Vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de l'adhésion soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, demander à APRIL de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez, ainsi que l'Assuré, Nous avvertir dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

À NOTER

Pour que votre contrat soit toujours adapté, pensez à nous informer de toute modification concernant vos prêts.



11. Sanctions en cas de fausse déclaration

ATTENTION :

Conformément aux articles L 221-14 et L 221-15 du Code de la mutualité, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion est sanctionnée par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat, dès lors qu'elle est établie par APRIL et ce même si elle a été sans influence sur le Sinistre.

ARTICLE L 221-14 DU CODE DE LA MUTUALITÉ :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts ».

ARTICLE L 221-15 DU CODE DE LA MUTUALITÉ :

« Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés »

12. Que faire en cas de réclamations ?

Pour toute réclamation, l'adhérent ou l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations en complétant le formulaire réclamation disponible sur l'Espace Assuré ou par mail : reclamations@april.com ou par courrier Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03).

APRIL s'attachera à apporter une réponse sous dix (10) jours ouvrables suivant l'envoi de la première réclamation écrite, et dans un délai de traitement maximal qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Si le désaccord persiste, l'adhérent ou l'assuré pourra faire appel au Médiateur compétent.

Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite. Si la réponse apportée ne satisfait pas ou si aucune réponse n'a été apportée dans les deux (2) mois suivant l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent ou l'assuré pourra saisir le Médiateur de la FNMF.

- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche n'empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si l'adhérent ou l'assuré le souhaite.
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.
- Le Médiateur doit être saisi dans un délai maximal d'un (1) an à compter de la date de la première réclamation

L'adhérent ou l'assuré peut contacter le Médiateur de la FNMF :

- Par courrier : FNMF - service de médiation - 255 rue Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15
- Ou par voie électronique en complétant un formulaire de saisine sur le site de la FNMF : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr/saisirmediateur/>

Si l'adhérent a adhéré au contrat à distance par Internet, il peut 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>

Il est conseillé à l'adhérent ou l'assuré de s'adresser au Service Réclamations d'APRIL qui l'orientera au mieux et pourra lui fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

13. Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L 221-11 du Code de la mutualité, « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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 du membre participant. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L 221-12 du Code de la mutualité. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

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

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

L'article L 221-12-1 du Code de la mutualité prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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 ».

14. Adhésion à la MNCAP

En application des statuts de la MNCAP, afin de bénéficier de l'assurance, l'Assuré adhère à la MNCAP en qualité de Membre Participant. Les adhésions sont nominatives.

Le Membre Participant prend part à l'élection des délégués et sections à l'Assemblée Générale de la MNCAP.

Il perd sa qualité de Membre Participant de la MNCAP dans les hypothèses suivantes :

- Par démission, en cas de renonciation au prêt,
- Par radiation, en cas d'expiration des contrats de prêts.

En tout état de cause, les garanties cessent dès la perte de la qualité de Membre Participant de la MNCAP.



15. Protection de vos données

Dans le cadre de votre contrat d'assurance, l'Organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance collectent et traitent des données personnelles Vous concernant et concernant chaque Assuré, en qualité de responsables conjoints de traitement. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur votre Espace Assuré.

Par ailleurs, Nous Vous informons que :

- l'Organisme assureur est seul responsable de certains traitements de données personnelles Vous concernant et concernant chaque Assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Politique de protection des données personnelles de l'Organisme assureur disponible sur son site internet via le lien suivant : <https://www.mncap.fr/wp-content/uploads/2020/06/Politique-de-protection-des-donnees-personnelles.pdf>.
- APRIL Santé Prévoyance est seule responsable de certains traitements de données personnelles Vous concernant et concernant chaque Assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements, et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur votre Espace Assuré.



LEXIQUE

ACCIDENT

Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. Toutefois, sont considérés comme des *Maladies* et non comme des *Accidents*, les lésions organiques provoquées par un effort, les insulations, congélations et congestions.

AFFECTION

Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (*Accident* ou *Maladie*).

BÉNÉFICIAIRE

L'*Organisme prêteur*, réputé bénéficiaire acceptant, désigné sur la demande d'adhésion et éventuellement pour la garantie Décès, (la)les personne(s) physique(s) désignée(s) après accord de l'*Organisme prêteur* en cas d'avenant de cession.

CAUTION

La personne physique qui s'engage à rembourser l'*Organisme prêteur* en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise notamment : les garanties souscrites, leur date d'effet et leur montant ainsi que la durée des *Franchises*.

CONSOLIDATION

Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, constatée par expertise médicale, permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de son état de santé.

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 des garanties mentionnée au *Certificat d'adhésion*. ***Tout Sinistre survenu pendant ce délai, ses suites et conséquences sont définitivement exclus des garanties.***

FRANCHISE

Nombre minimum de jours consécutifs d'*Incapacité Temporaire Totale* de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période aucune prestation n'est due.

HOSPITALISATION

Fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimum de 24 heures ou d'une nuit. Est considéré comme établissement hospitalier un hôpital ou une clinique habilitée 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.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.)

- L'Assuré exerçant de manière effective une activité professionnelle au jour du *Sinistre* est considéré en *Incapacité Temporaire Totale* si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer sa profession.
- L'Assuré n'exerçant pas ou n'exerçant plus une activité professionnelle au jour du *Sinistre* est considéré en *Incapacité Temporaire Totale* s'il est temporairement contraint en raison d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses *Occupations de la vie quotidienne*.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

L'Assuré est considéré comme étant en état d'*Invalidité Permanente Partielle* si, à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), il présente une invalidité comprise entre 33% et à 65%. L'I.P.P est indépendante de la notion d'invalidité retenue par la Sécurité sociale ou tout autre organisme compétent qui juge de l'inaptitude professionnelle. La reconnaissance de l'invalidité par l'un de ces organismes ne s'impose pas à l'Organisme assureur.



INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.)

L'Assuré est considéré comme étant en état d'*Invalidité Permanente Totale* si, à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), il présente une invalidité supérieure ou égale à 66%.

L'I.P.T est indépendante de la notion d'invalidité retenue par la Sécurité sociale ou tout autre organisme compétent qui juge de l'inaptitude professionnelle. La reconnaissance de l'invalidité par l'un de ces organismes ne s'impose pas à l'Organisme assureur.

INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES (INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE À 100%)

Etat qui place l'Assuré, à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), dans l'impossibilité définitive d'exercer sa profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, d'interne, de sage-femme, de pharmacien, de kinésithérapeute, d'ostéopathe ou de vétérinaire.

L'invalidité est appréciée par rapport au barème spécial figurant en Annexe (Barème invalidité professionnelle permanente à 100%).

L'*Invalidité Spéciale Professions Médicales* est indépendante de la notion d'invalidité retenue par la Sécurité sociale ou tout autre organisme compétent qui juge de l'inaptitude professionnelle. La reconnaissance de l'invalidité par l'un de ces organismes ne s'impose pas à l'Organisme assureur.

LETTRE RECOMMANDÉE ELECTRONIQUE

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

MALADIE

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

MONTANT GARANTI

Montant du capital emprunté assuré par le présent contrat et calculé à partir de la *Quotité assurée*.

OCCUPATIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Faculté pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

ORGANISME PRÊTEUR

Le prêteur, établissement de crédit, mentionné sur la demande d'adhésion ayant consenti le prêt au titre du présent contrat.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)

Etat qui place l'Assuré dans l'inaptitude totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

La P.T.I.A est indépendante de la notion d'invalidité retenue par la Sécurité sociale ou tout autre organisme compétent qui juge de l'inaptitude professionnelle. La reconnaissance de l'invalidité par l'un de ces organismes ne s'impose pas à l'Organisme assureur.

QUOTITÉ ASSURÉE

Pourcentage du capital emprunté assuré par le présent contrat choisi par l'Adhérent pour chaque Assuré. Ce pourcentage peut être inférieur ou égal à 100% pour chaque Assuré.

RECHUTE

Est considéré comme une rechute tout nouvel arrêt de travail ou tout nouvel arrêt des *Occupations de la vie quotidienne* résultant de l'*Affection* initiale, toute aggravation de l'*Affection* initiale ou toute apparition d'une nouvelle *Affection* résultant du *Sinistre* initial.

RÉSIDENCE

Désigne le lieu d'habitation, actuel ou futur déclaré à l'adhésion, de plus de six (6) mois par an pour une personne physique.

SINISTRE

Événements donnant lieu à garantie au titre de votre adhésion à la Convention lorsque celle-ci est en vigueur : Décès, *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*, *Invalidité Spéciale Professions Médicales*, *Incapacité Temporaire Totale*, *Invalidité Permanente Totale*, *Invalidité Permanente Partielle*.



Annexes

BARÈME CROISÉ

TAUX PROFESSIONNEL	TAUX FONCTIONNEL								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

BARÈME INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES (INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE À 100 %) POUR LES PROFESSIONS DE MÉDECIN, CHIRURGIEN, CHIRURGIEN-DENTISTE, INTERNE EN MÉDECINE, SAGE FEMME, PHARMACIEN, KINÉSITHÉRAPEUTE, OSTÉOPATHE ET VÉTÉRI-NAIRE

Cécité complète

Surdité totale des deux oreilles non appareillables

Hémiplégie organique complète

Désarticulation ou ankylose de l'épaule

Paralysie complète du plexus brachial, du médian du bras, du radial au-dessus du triceps

Amputation du bras, de l'avant bras, du poignet

Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant bras droit

Perte de la main

> 100 %

Perte du pouce ou de la phalange terminale

Perte de l'index

Perte du médius

Perte de l'auriculaire

Perte des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)

Amputation de la cuisse au tiers moyen

Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe



CONDITIONS APPLICABLES AUX OPÉRATIONS DE GESTION D'APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE

Les opérations ci-après engendrent des frais sur opération selon le barème actuellement en vigueur 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 résiliation pour non-paiement : 10€

Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace Assuré APRIL, rubrique Mes infos pratiques / Mes guides pratiques.

EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL

LES STATUTS COMPLETS ET LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR SONT CONSULTABLES SUR INTERNET À L'ADRESSE SUIVANTE : WWW.ASSOCIATION-ASSURES-APRIL.FR

MIS A JOUR LE 17 AVRIL 2018

Article 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses Membres Adhérents, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires ou à partir du 1^{er} euro, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des régimes obligatoires notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses Membres Adhérents aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses Membres Adhérents en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne de ses Membres Adhérents dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

Article 5. COMPOSITION

L'Association se compose de Membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non-salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

Pour faire partie de l'Association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de Membre Adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation, le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Sont également Membres Adhérents, mais sans voix délibérative, sur décision du Conseil d'Administration :

- Les personnes physiques ou morales rendant ou ayant rendu des services signalés à l'Association, dites membres d'honneur ou honoraires ;
- Les personnes physiques ou morales ayant effectué un don ou legs à l'Association, dites membres bienfaiteurs.

Article 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE ADHÉRENT

La qualité de Membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;
- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation associative éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de Membre Adhérent reste acquise à l'Association.

Article 8. OPPOSABILITÉS AUX MEMBRES ADHERENTS

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Membres Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

Article 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations de ses Membres Adhérents ;
- du revenu de ses biens ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- des subventions ou versements autorisés par la loi ;
- de toutes autres ressources non interdites par la loi.

Article 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Membres Adhérents ;

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Actions Solidaires est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Solidaires menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

Article 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1.1. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

Au moins une fois par an, les Membres Adhérents sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire dans les conditions prévues ci-dessous.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

- le rapport sur la gestion établi par le Conseil d'Administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'Association. Ce rapport est tenu à la disposition des Membres Adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes ;
- le rapport moral ;
- le rapport financier.

L'Assemblée Générale Ordinaire, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile) et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration dans les conditions prévues à l'Article 12 des présents statuts.

1.2. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts, les opérations de fusion ou de dissolution.

2. CONVOCATION

2.1. CONVOCATION AUX ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

Les Membres Adhérents de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, en règle de leur cotisation associative, sont réunis au moins une fois par an, en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires se composent de tous les Membres Adhérents de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Membres Adhérents.

Les Assemblées Générales se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires, sur la demande d'au moins 10% des Membres Adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée Générale Extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée Générale Extraordinaire doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent Membres Adhérents, dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président de l'Association quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée Générale.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

3. DROIT DE VOTE

3.1. DROIT DE VOTE AUX ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

Tout Membre Adhérent dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale Ordinaire et Extraordinaire.

Les Membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Membre Adhérent personne physique, a la faculté de donner mandat à un autre Membre Adhérent ou à son conjoint. Un même Membre Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - Ordinaire et Extraordinaire - se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président ou à son délégataire au sein du Conseil d'Administration et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

3.1.1. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée. Toutefois, si le quart au moins des Membres Adhérents présents le demande, les votes sont émis au scrutin secret.

Pour l'élection des membres du Conseil d'Administration, le vote secret est obligatoire.

3.1.2. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée, sauf toutefois si le quart au moins des Membres Adhérents présents demande les votes sont émis au scrutin secret.

4. TENUE DES ASSEMBLÉES

La Présidence des Assemblées appartient au Président de l'Association qui peut déléguer ses fonctions au Vice-Président et à défaut à un autre Administrateur.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées obligent par leurs décisions tous les Membres Adhérents concernés y compris les absents

4.1. TENUE DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires ne peuvent valablement délibérer que si au moins mille Membre Adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des Membres Adhérents présents ou représentés.

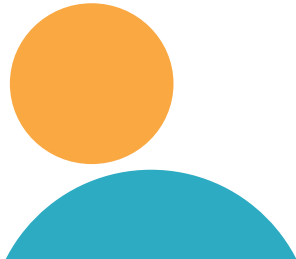
A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Sur décision du Président, les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires pourront être tenues à distance et donner lieu à un vote électronique.



Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par MNCAP Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



06/2023 - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Santé Prévoyance présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Santé Prévoyance SASU. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.