Garanties 2008/2009
Tempo Senior

[des solutions] pour les **seniors**

L'assurance tranquillité des seniors

apriL
ASSURANCES

Tempo Senior

Le versement d'un capital décès

Points forts

- Adhésion possible jusqu'à 75 ans
- Couverture immédiate
- Garantie viagère en décès
- Un capital garanti jusqu'à 762 245 €

Pourquoi souscrire Tempo Senior ?

Aborder le sujet de sa propre disparition est toujours difficile. Cependant, vous préférez prévoir dès aujourd'hui cette éventualité pour **protéger ceux qui vous sont chers** et leur éviter des soucis matériels qui viendraient s'ajouter à leur peine.

En effet, les conséquences financières d'un décès, sont loin d'être négligeables…

- Les frais d'obsèques sont estimés en moyenne à 3 800 euros
- En outre, viendront s'ajouter à ces dépenses les impôts et charges de l'année précédente, les frais éventuels en cas d'hospitalisation et autres factures…
- Votre conjoint disposera-t-il des ressources nécessaires pour maintenir son niveau de vie ?

Ce que Tempo Senior vous garantit

Tempo Senior prévoit, en cas de décès, le versement d'un capital compris entre **15 245 euros et 762 245 euros** aux bénéficiaires que vous aurez librement désignés. Ce capital est **exonéré de droits de succession** (dans les limites fiscales en vigueur). Si vous êtes atteint d'une **Invalidité Absolue et Définitive** (IAD), le capital vous sera versé par **anticipation**.

Tout pour vous simplifier la vie !

Avec Tempo Senior, vous bénéficiez :

- **D'une assistance performante** : APRIL Assistance (pour les résidents en France métropolitaine), accessible 24h sur 24 sur simple appel, notamment pour l'assistance en cas de décès.
- **Des services en ligne gratuits** : connectez-vous sur www.april.fr et effectuez, au moment qui vous convient le mieux, vos opérations (signaler un changement d'adresse, modifier la périodicité de paiement de vos cotisations, télécharger certains documents...).
- **D'une prise en charge immédiate de vos demandes** pour une gestion en 24 heures maximum.

Votre **garantie**

Règles de souscription

- Age limite à l'adhésion pour les garanties décès et I.A.D :
  - 75 ans
- Age limite aux prestations :
  - Aucune limite pour la garantie décès
  - 65 ans pour l' I.A.D.

Décès - Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

En cas de décès, le capital souscrit sera versé aux bénéficiaires que vous aurez désignés.
Si vous êtes atteint d'une **Invalidité Absolue et Définitive (IAD)**, ce capital **vous sera versé par anticipation**.

	Capital en cas de décès ou d'IAD 55 ans et moins	Capital en cas de décès ou d'IAD 56 ans et plus
Capital minimum à assurer	22 868 €	15 245 €
Capital maximum à assurer	762 245 €	762 245 €

IMPORTANT

Le capital garanti en cas de décès reste constant jusqu'au 1er janvier de l'année de vos 75 ans. Il décroît ensuite jusqu'à un minimum de 38 % du capital initialement assuré.

Comprendre

Invalidité Absolue et Définitive (IAD)
Etat qui place l'assuré dans l'impossibilité totale et irrémédiable de se livrer à tout travail ou occupation pouvant procurer gain ou profit, et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante : se laver, se nourrir, s'habiller, se déplacer.

Bénéficiaire
Personne au profit de laquelle l'assurance est conclue. L'Adhérent peut à tout moment modifier, par courrier, la désignation du Bénéficiaire. En cas de bénéficiaire acceptant, toute modification doit faire l'objet de son accord écrit.

Cotisations

Cotisations mensuelles TTC en euro 2008/2009

Tarif exprimé en âge atteint.

Pour le calcul de votre première cotisation, votre âge est celui que vous aurez au 31décembre de l'année de la date d'effet.

Exemple : Date d'effet de l'adhésion le 01/01/2008 - Date de naissance le 25/10/1938, soit 70 ans.

Age	Cotisations mensuelles en € pour 15 245 € de capital assuré	Age	Cotisations mensuelles en € pour 15 245 € de capital assuré	Age	Cotisations mensuelles en € pour 15 245 € de capital assuré	Age	Cotisations mensuelles en € pour 15 245 € de capital assuré
	Décès et IAD		Décès et IAD		Décès et IAD		Décès et IAD
≤ 50 ans	9,34	61 ans	23,54	72 ans	57,96	83 ans	110,08
51 ans	10,20	62 ans	25,28	73 ans	63,34	84 ans	115,49
52 ans	11,23	63 ans	27,12	74 ans	68,88	85 ans	120,36
53 ans	12,27	64 ans	28,81	75 ans	75,93	86 ans	124,56
54 ans	13,42	65 ans	30,73	76 ans	78,85	87 ans	129,98
55 ans	14,80	66 ans	33,13	77 ans	82,78	88 ans	135,37
56 ans	15,93	67 ans	36,36	78 ans	87,52	89 ans	140,98
57 ans	17,11	68 ans	39,87	79 ans	90,77	90 ans	142,98
58 ans	18,69	69 ans	43,75	80 ans	94,90	au-delà de 90 ans nous consulter	
59 ans	20,15	70 ans	47,98	81 ans	102,14		
60 ans	21,86	71 ans	53,15	82 ans	106,19		

Exemple

- **Vous avez 52 ans et souscrivez un capital de 60 000 €.**

Votre cotisation Décès/IAD = 60 000 € x $\frac{11{,}23\ €}{15\ 245\ €}$ = 44,20 €/mois

Parcours médical simplifié

Pour effectuer rapidement et sereinement vos formalités médicales nécessaires à la souscription de nos contrats, APRIL Assurances vous conseille de contacter nos 2 partenaires, ARM et CBSA, sélectionnés pour leur sérieux et leur professionnalisme.

Vous disposez ainsi de centres médicaux vous permettant de réaliser, en une seule fois au même endroit, toutes les formalités médicales demandées.

- Le rendez-vous est fixé sous 48 heures,
- Vous bénéficiez du tiers-payant et ne faites pas l'avance des frais*,
- Le résultat des analyses est télé-transmis sous 24 heures au médecin-conseil d'APRIL Assurances pour une analyse du dossier plus rapide et un meilleur respect du secret médical.

*Les frais resteront à la charge de l'assuré si les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Assurances ou si l'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion.

ARM (Analyse Risque Médical) est présent dans plus de 185 villes en France métropolitaine et dans les DROM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion).

Les centres ARM sont présents dans tous les départements, vous aurez forcément un centre proche de chez vous.

Pour prendre rendez-vous : N°Azur **0 810 203 285** (Coût appel local) du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h30 à 12h30.

CBSA (Centre de Bilans de Santé et d'Assurances) est présent dans 15 grandes villes de France (Paris 16e, Paris 8e, Lyon 6e, Marseille 6e, Toulouse, Le Havre, Pau, Reims, Grenoble-Meylan, Strasbourg, Lille, Bordeaux, Nantes, Nice).

Pour prendre rendez-vous : N°Azur **0 810 332 932** (Coût appel local) du lundi au vendredi de 8h à 20h30 et le samedi de 8h à 12h30.

Formalités **médicales**

Ce bilan est obligatoire lors votre adhésion. Il est fonction de votre âge à la souscription et du capital que vous avez souscrit. Le questionnaire de santé est un document primordial pour l'étude de votre dossier à l'adhésion. Il peut dans certains cas s'avérer insuffisant. C'est pourquoi, nous pourrons vous demander en plus de celui-ci, des examens complémentaires, dans un souci d'appréciation juste du risque. **Pour obtenir le remboursement des frais engagés**, il vous suffit de nous faire parvenir les notes d'honoraires de vos médecins. **Le rapport médical étant remboursé à concurrence de 5 fois le montant de la consultation d'un généraliste (Tarif de convention du secteur 1).**

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="3">Age à la soucription</th></tr>
<tr><th>Moins de 55 ans</th><th>de 55 à 60 ans</th><th>de 61 à 75 ans</th></tr>
<tr><td>Jusqu'à 80 000 €</td><td colspan="2">questionnaire de santé</td><td>questionnaire de santé
+ rapport médical
d'APRIL Assurances*</td></tr>
<tr><td>De 80 001 €
à 160 000 €</td><td>questionnaire de santé</td><td>questionnaire de santé
+ rapport médical d'APRIL
Assurances*</td><td>questionnaire de santé
+ dossier médical standard (1)</td></tr>
<tr><td>De 160 001 €
à 310 000 €</td><td>questionnaire de santé
+ rapport médical
d'APRIL Assurances*
+ profil Sanguin 1 (3)</td><td colspan="2">questionnaire de santé
+ dossier médical standard (1)</td></tr>
<tr><td>De 310 001 €
à 762 245 €</td><td colspan="2">questionnaire de santé
+ dossier médical standard (1)
+ but de l'assurance (2)</td><td>questionnaire de santé
+ dossier médical standard (1)
+ but de l'assurance (2)
+ radio du thorax</td></tr>
</table>

(1) **Dossier médical standard :** Rapport médical d'APRIL Assurances* + examen d'urines + électrocardiogramme avec rapport du cardiologue + profil Sanguin 1 (incluant HIV 1et 2).
Examen d'urines : Examen cytobactériologique des urines et chimie des urines.

(2) **But de l'assurance :** Lettre du proposant justifiant le capital assuré avec copie du dernier avis d'imposition.

(3) **Profil sanguin 1 :** Numération Formule Sanguine, vitesse de sédimentation, dosage de la glycémie, créatinine, urée, acide urique, bilan lipidique (avec dosage cholestérol total, HDL, LDL, cholestérol total / HDL et triglycérides), bilan enzymatique hépatique (avec dosage des gamma GT, transaminases SGOT, SGPT, phosphatases alcalines), recherche des anticorps Anti HIV 1et 2 par immunoenzymologie 2 réactifs, dosage des antigènes HBs, des anticorps Anti HBc, et des anticorps Anti HCV.

*** Le rapport médical d'APRIL Assurances doit être complété par un médecin. Il est disponible à la commande et en téléchargement sur Intrapril.**

Les frais d'examens médicaux que vous engagez seront remboursés par APRIL Assurances une fois l'adhésion effective.
Ils seront également remboursés dans les cas suivants :
- **En cas de refus de la part d'APRIL Assurances,**
- **En cas de proposition d'adhésion sous conditions de la part d'APRIL Assurances.**

En revanche, les frais resteront à votre charge dans les cas suivants :
- **Les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Assurances,**
- **L'adhérent ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.**

APRIL Assurances **à vos côtés**

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

Santé et **Prévoyance individuelle** ..... Tél. **0891 46 9000** (0,23 € TTC/min)

Assurance de Prêt ..... Tél. **0891 46 6000** (0,23 € TTC/min)

www.april.fr

[Notre engagement, votre satisfaction]

april vous
assuré juste et pas juste assuré

- Vous apporter la qualité au prix juste
- Vous garantir un traitement en 24h
- Vous simplifier l'assurance
- Vous protéger surtout en cas de difficulté
- Vous faire profiter de services en ligne sur april.fr
- Vous satisfaire

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

Une société certifiée ISO 9001(1) version 2000

Retrouvez le détail des engagements d'APRIL Assurances sur www.april.fr

APRIL, **des solutions adaptées**

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées, pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions ..... **www.aprilgroup.fr**

APRIL GROUP, **changer l'image de l'assurance**

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

Aujourd'hui, ce sont plus de **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **2 456 collaborateurs et 61 sociétés du groupe.**

Pour en savoir plus
contactez votre assureur-conseil ou votre conseiller mutualiste

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

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

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

Réf 13165 - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Assurances présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Assurances SA. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.
(1) Activité certifiée : conception et gestion de contrats d'assurance de personnes.

Demande d'adhésion 2008/2009

Tempo Senior

[des solutions] pour les **seniors**

L'assurance tranquillité des seniors

apriL
ASSURANCES

Demande d'adhésion 2008/2009

TEM0110

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° adhérent : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

nouvelle adhésion ☐ avenant* ☐ fax transmis le : ☐☐☐☐☐☐☐☐ n° assureur-conseil : ☐☐☐☐☐

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

Adhérent(e) M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Société ☐

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Assuré(e) M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Situation de famille : ..... Nombre d'enfants à charge : ☐☐

Tél. domicile : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tél. bureau : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tél. autre : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse E-mail (1) .....

Profession actuellement exercée par l'assuré(e) : .....

Secteur d'activité : .....

Régime obligatoire ☐ Salarié ☐ TNS ☐ Exploitant agricole

Bénéficiaires en cas de décès (n° 005) :

☐ mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales.

☐ autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) .....

.....

.....

..... à défaut mes héritiers par parts égales.

(1) J'accèpte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Etant entendu que je pourrais y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

Capital garanti		Cotisation pour 15 245 € de capital	Calcul de vos cotisations TTC
..... €	X	..... € / 15 245 €	= ..... €

Je choisis mon mode de paiement (2)

Périodicité	Prélèvement automatique Joindre un RIB ou un RIP	Chèque
Annuelle	☐ 2,50 €/an	☐ 2,50 €/an
Semestrielle	☐ 2,50 €/sem	☐ 2,50 €/sem
Trimestrielle	☐ 2,50 €/trim	impossible
Mensuelle	☐ 2,50 €/mois (4)	impossible

(2) Mettre une croix pour l'option choisie.
(3) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.
(4) Minimum pour le paiement mensuel : 16 €.

Ma cotisation mensuelle totale	= ..... €
Frais d'échéance	+ ..... 2,50 €
Droit d'adhésion (3)	+ ..... 20,00 €
Total	= ..... €

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1er et le 10 du mois ☐☐. La date d'effet souhaitée ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐.
(Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances).

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

"Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL, ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA prévoyance pour moi-même. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées TSEN 06-09/06, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus. Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon cedex 03. Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.
Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL."

Fait à ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil	La signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"	La signature de l'assuré précédée de la mention "lu et approuvé"

Questionnaire de santé

n° adhérent : ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Assuré Nom : ..... **Prénom :** ..... **Taille :** ..... **en cm - Poids :** ..... **en kg**			
1	Pratiquez-vous un sport ?	☐ Oui ☐ Non	Lequel ? ..... Fréquence ? .....
2	a) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été opéré, hospitalisé ou avez-vous bénéficié d'un geste médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie …) ? b) Devez-vous être opéré, hospitalisé ou bénéficier d'un geste médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie …) ? Merci de joindre les copies des comptes rendus hospitalisation, d'examens, de consultation.	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	Motif..... ..... Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Motif..... ..... Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
3	Etes-vous atteint(e) d'une infirmité quelconque, de troubles de la vision ou de l'audition? Depuis quand ?	☐ Oui ☐ Non	Lesquels ? .... Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
4	Suivez-vous un traitement médical ? Depuis quand ?	☐ Oui ☐ Non	Lequel ?..... Motif ?..... Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
5	Avez-vous besoin d'assistance pour effectuer les activités suivantes : - marcher, monter les escaliers, - se nourrir, s'habiller, se laver, - effectuer les tâches administratives (banque, impôts, PTT,…)	☐ Oui ☐ Non	Précisez les actes nécessitant assistance ....
6	Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour : - une affection cancéreuse, - une affection neurologique (ex : épilepsie...), - une affection psychiatrique (ex : dépression nerveuse...), - une affection métabolique (ex : cholestérol, triglycérides, diabète...), - une affection de l'appareil respiratoire (ex : asthme...), - une affection cardiaque ou vasculaire (ex : hypertension artérielle, infarctus...), - une affection des os, des muscles ou des articulations (ex : lumbago, hernie discale, affection du genou, de l'épaule...), - une affection endocrinienne (ex : thyroïde...), - une affection résultant d'une immunodéficience acquise, - une affection de l'appareil urogénital (ex : reins, coliques néphrétiques...), - une affection de l'appareil digestif (ulcère, crohn...), - une affection du foie, du pancréas. Merci de joindre les copies des comptes rendus hospitalisation, d'examens, de consultation.	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	Motifs ?..... .... Le(s)quel(s) ?..... .... Depuis quand ?..... Durée du traitement ?.....
7	Depuis les 5 dernières années : Avez-vous ou avez-vous eu une autre maladie grave, chronique ou récidivante ?	☐ Oui ☐ Non	Laquelle ? .... Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
8	Avez-vous eu des maladies ou des accidents ayant nécessité un arrêt de travail, un traitement ou une hospitalisation de plus de 15 jours ?	☐ Oui ☐ Non	Lesquels ?..... ..... Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
9	Avez-vous été victime d'un accident corporel ? Précisez s'il y a des séquelles	☐ Oui ☐ Non	Nature des blessures .... Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
10	Avez-vous séjourné dans des hôpitaux, maisons de santé, stations thermales, centre de rééducation ?	☐ Oui ☐ Non	Laquelle ? .... Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
11	Avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ?	☐ Oui ☐ Non	Lequel ?..... Pourquoi ? ..... Résultats ..... Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
12	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ?	☐ Oui ☐ Non	A quelle date : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

CONFIDENTIEL

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

☐ Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (exclusion médicale, surprime,…). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Fait à ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **le** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

La signature de l'assuré

✗

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

Je joins à **mon envoi**

Important

1 **Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,**

2 **Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée,**

3 **Mon relevé d'identité bancaire ou postal, pour davantage de simplicité et de rapidité,**

4 **Les justificatifs médicaux si le questionnaire de santé contient des réponses positives.**

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

Et après **l'adhésion ?**

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

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

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

Réf. 13165 - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Assurances présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Assurances SA.
Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

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

S.A. au capital de 500 000 € à Directoire et Conseil de Surveillance - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr) - Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par AXERIA Prévoyance.

Autorisation de prélèvement

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

A compléter obligatoirement **Le débiteur**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ☐☐☐☐☐

Ville : .....

Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature :

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

Codes **Le compte à débiter**

Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

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

Tempo Senior

Obsèques Financement

Obsèques Prestations

Savez-vous que le coût moyen des obsèques s'élève à 4 000 € ?

En souscrivant Obsèques Financement, vous garantissez à vos proches le versement d'un capital pour financer vos obsèques.

Vous souhaitez organiser vos obsèques ?

Découvrez Obsèques Prestations, qui vous permet de choisir le déroulement de vos obsèques.

Produits conçus et gérés par APRIL Assurances et assurés par CNP Assurances.

Conditions générales 2008/2009

Tempo Senior

[des solutions] pour les **seniors**

L'assurance tranquillité des seniors

april
ASSURANCES

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances, je comprends

Préambule

Les présentes conditions générales valant note d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la Convention d'assurance de groupe à adhésion facultative TEMPO SENIOR souscrite par l'**Association des Assurés d'APRIL** auprès d' **AXERIA Prévoyance.**

AXERIA Prévoyance est une compagnie d'assurance vie au capital de 21 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69487 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM : 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09).

AXERIA Prévoyance est également désignée par le terme «**Organisme assureur**» dans les présentes conditions générales.

L'Association des Assurés d'APRIL est une association loi 1901 - BP 69439 LYON Cedex 03 dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective, 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.

A 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 notre site www.april.fr

L'organisme gestionnaire de cette Convention est, par délégation de l'**Organisme assureur, APRIL Assurances** - S.A. au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 - N° ORIAS 07 002 609.

L'adhésion à cette Convention est constituée par la demande d'adhésion, les présentes conditions générales et le ***Certificat d'adhésion.*** Cette Convention et son adhésion sont soumises à la législation française et notamment au Code des assurances.

A noter
La gestion de votre contrat par APRIL Assurances, c'est la garantie d'un service de qualité. Vos demandes d'indemnisation sont prises en charge en 24 heures et vos réclamations traitées en 48 heures.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à la Convention TEMPO SENIOR. Il est également désigné par le terme « Vous » dans les présentes conditions générales.

Le terme "Assuré" désigne la personne qui bénéficie des garanties de la Convention TEMPO SENIOR, elle est inscrite au ***Certificat d'adhésion.***

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

A noter
Si au cours de la vie du contrat votre situation devait changer n'oubliez pas d'en informer préalablement APRIL Assurances.

1. A qui s'adresse cette convention ?

Pour adhérer et/ou être assuré au titre de cette Convention, tout proposant doit :

- résider en France (hors **Collectivités d'Outre-Mer**),
- ne pas avoir dépassé le 31 décembre de l'année de son 75e anniversaire,
- donner son consentement par écrit sur la demande d'adhésion fournie par **APRIL Assurances,**
- présenter un état de santé jugé satisfaisant par l'**Organisme assureur** et en justifier au moyen de questionnaires prévus dans la demande d'adhésion, et de formalités complémentaires en fonction du capital souscrit et précisées dans les tableaux des formalités médicales et financières,
- souscrire un capital compris entre 15 245 euros (à partir de 56 ans) ou 22 868 euros (jusqu'à 55 ans) et au plus égal à 762 245 euros.

Afin d'apprécier l'état de santé du proposant, l'**Organisme assureur** pourra le soumettre à tout examen médical qu'il jugerait nécessaire.

2. Que garantit la convention Tempo Senior ?

L'adhésion à la présente Convention, garantit le versement au ***Bénéficiaire,*** en fonction des garanties souscrites, d'un capital en cas de décès ou d'***Invalidité Absolue et Définitive*** de l'Assuré, consécutif à une ***Maladie*** ou à un ***Accident*** garanti.

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

Les montants des garanties et options souscrites sont indiqués au ***Certificat d'adhésion,*** **elles s'exercent dans le monde entier.**

3. Le contenu de vos garanties

A noter
Le montant du capital assuré est fonction de l'âge de l'Assuré.

3.1 - La garantie Décès :

En cas de décès de l'Assuré dû à un ***Accident*** ou une ***Maladie,*** **APRIL Assurances** verse au(x) ***Bénéficiaire***(s) pour le compte de l'**Organisme assureur**, le capital mentionné sur le ***Certificat d'adhésion.*** Le capital assuré reste constant jusqu'à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion suivant le 75e anniversaire de l'Assuré.

TSEN 06-09/06

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances, je comprends

Il décroît ensuite chaque 1er janvier d'environ 5 % du niveau précédent, jusqu'à un minimum de 38 % du capital initial assuré. Ce minimum s'applique à partir de 94 ans (voir tableau figurant en Annexe 1).

3.2 - La garantie Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D) :

En cas d'I.A.D due à une **Maladie** ou à un ***Accident,*** dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, elle est assimilée au Décès.

Dès que l'état permanent d'I.A.D aura été constaté par une expertise médicale indiquant le degré d'invalidité avant les 65 ans de l'Assuré, **APRIL Assurances** versera à l'Assuré, pour le compte de l'**Organisme assureur,** le capital garanti en cas de Décès mentionné sur le ***Certificat d'adhésion.***

En cas d'I.A.D, donnant lieu au paiement du capital décès par anticipation, la garantie prévue en cas de Décès cesse pour l'Assuré concerné.

Le capital n'est pas dû si la ***Consolidation*** de l'I.A.D est acquise après le 65e anniversaire de l'Assuré, même si l'***Accident*** ou la ***Maladie*** qui en est la cause est antérieure.

A noter
En cas d'Invalidité Absolue et Définitive, le montant du capital décès sera versé à l'Assuré.

A 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.

4. Que faut-il faire pour mettre en oeuvre vos garanties ?

4.1 - Les documents à nous adresser :

Pour bénéficier des garanties, les pièces suivantes devront être transmises à **APRIL Assurances :**

Pour la garantie Décès :

Les ***Bénéficiaires*** sont tenus de produire, toutes justifications qu'***APRIL Assurances*** estimera nécessaires tant sur les circonstances du décès que sur les causes. Les frais qui pourront en résulter seront à la charge des ***Bénéficiaires.***

Les sommes dues sont payables au domicile du Bénéficiaire, après justification de sa qualité, et fourniture, notamment, des pièces suivantes :

- l'original du ***Certificat d'adhésion,***
- l'acte de décès,
- le certificat médical fourni par **APRIL Assurances,** complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
- une copie du livret de famille,
- le procès verbal de police en cas de décès accidentel.

Pour la garantie I.A.D :

- le résultat d'une expertise médicale constatant le degré d'invalidité,
- un certificat médical constatant le genre de ***Maladie*** ou d'***Accident*** ayant entraîné l'invalidité,
- la notification de la Sécurité sociale de prise en charge de l'IAD avec assistance d'une tierce personne ; si l'Assuré n'est pas assujetti à la Sécurité sociale, il est nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité,
- l'original du ***Certificat d'adhésion,***
- une copie du livret de famille de l'Assuré,
- toutes autres pièces qu'**APRIL Assurances** estimera nécessaires pour la justification de l'état d'invalidité.

A noter
Pour une étude rapide de votre demande d'indemnisation, adressez-nous un dossier complet. C'est à compter de votre déclaration que votre dossier sera étudié et que vous pourrez être indemnisé.

4.2 - Les modalités de versements des prestations :

Dispositions générales :

Les sommes dues sont payables après réception et étude du dossier complet par **APRIL Assurances.** Elles sont toujours versées à l'Assuré ou au(x) ***Bénéficiaire***(s) en cas de décès.

En cas d'***Accident*** ou de ***Maladie*** atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un ***Sinistre.***

En cas de 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 qui auront été versées.

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

Dispositions concernant les Bénéficiaire(s) du capital décès :

A l'adhésion, Vous pouvez désigner le(s) ***Bénéficiaire***(s) sur votre demande d'adhésion. Vous pouvez modifier à tout moment votre désignation bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation bénéficiaire peut être faite sous seing privé (exemple : lettre) ou par acte authentique (exemple : testament chez un notaire) ou par avenant.

Dans tous les cas, Vous devez envoyer à **APRIL Assurances** une lettre datée et signée l'informant de cette nouvelle désignation bénéficiaire et s'il n'est pas l'Assuré, il devra obtenir l'accord de ce dernier.

En l'absence de désignation valable au jour du décès, les sommes dues seront versées au ***Conjoint*** survivant de l'Assuré, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, ou le cas échéant au partenaire avec lequel

TSEN 06-09/06

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances, je comprends

l'Assuré est lié dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité en vigueur au jour de son décès, à défaut aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré par parts égales.

Lorsque le(s) ***Bénéficiaire***(s) est(sont) nommément désigné(s), Vous devez porter sur la demande d'adhésion les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées pour le règlement du capital.

Conséquences de l'acceptation du Bénéficiaire :

La personne que Vous avez désignée comme ***Bénéficiaire*** en cas de décès, peut à tout moment, avec votre accord, accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit en se manifestant expressément auprès d'**APRIL Assurances.** Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé d'**APRIL Assurances,** de l'Adhérent et du ***Bénéficiaire.*** Elle peut également prendre la forme d'un acte sous seing privé ou authentique signé de l'Adhérent et du ***Bénéficiaire*** et n'aura alors d'effet à l'égard de l'**Organisme assureur** que lorsqu'elle aura été notifiée à **APRIL Assurances.** Dans ce cas le ***Bénéficiaire*** devient bénéficiaire acceptant et son accord devient obligatoire si Vous souhaitez désigner un autre ***Bénéficiaire.*** A défaut d'accord, l'**Organisme assureur** ne pourra procéder à aucune modification.

5. Le contrôle médical

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté par expertise médicale en dehors de toute considération du régime obligatoire auquel est affilié l'Assuré.

APRIL Assurances se réserve la faculté de faire expertiser l'Assuré par un médecin de son choix, à tout moment. **Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL Assurances doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état, à défaut le service des prestations sera suspendu ou supprimé.**

A 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.

Arbitrage :

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

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

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou définitif, (à moins que trois mois ne soient écoulés depuis sa nomination), sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

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

6. Ce que votre adhésion ne prend pas en charge

Ne sont pas garantis au titre de la garantie décès, les *Sinistres* résultant :

- **du suicide s'il survient durant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion.**
  En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque du suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation.
- **D'*Accidents* de navigation ou de sports aériens autres que ceux survenus au cours de vols sur des lignes commerciales régulières,**
- **d'une guerre civile ou étrangère (sauf législation contraire) et de la participation active à des actions ayant pour but de porter atteinte aux personnes et aux biens,**
- **de l'usage de médicaments ou de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **des conséquences de *Maladies* ou d'*Accidents* dont la première manifestation médicale est antérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion et non déclarés à la souscription,**
- **des conséquences d'une fausse déclaration,**
- **des risques spéciaux éventuellement mentionnés dans le certificat d'adhésion.**

Ne sont pas garantis au titre de la garantie I.A.D, les *Sinistres* résultant :

- **des faits énoncés ci-dessus (exclusions de la garantie Décès),**

TSEN 06-09/06

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances, je comprends

- **des conséquences d'actes intentionnels de l'Assuré, de tentative de suicide, de mutilation volontaire, de l'usage de médicaments, de drogues, de produits toxiques ou de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **de l'alcoolisme, l'état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi au jour du *Sinistre*).**

7. A partir de quand et pour combien de temps êtes-Vous garanti ?

7.1 - Prise d'effet de vos garanties :

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

7.2 - Garantie temporaire :

L'Assuré bénéficie d'une garantie supplémentaire temporaire en cas de décès suite à un ***Accident*** survenu entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'acceptation de l'adhésion par **April Assurances.** Le montant garanti est égal au montant du capital choisi à l'adhésion au titre de la garantie décès **dans la limite de 50 000 euros.**

A noter
Pendant que nous étudions votre demande d'adhésion, l'Assuré est déjà garanti en cas de décès.

Cette garantie prendra fin dès qu'**APRIL Assurances** Vous aura notifié l'acceptation ou le refus de votre adhésion. Elle cessera également si Vous ne donnez pas suite à votre demande d'adhésion et dans tous les cas au plus tard 60 jours à compter de la réception par **APRIL Assurances** de la demande d'adhésion.

7.3 - Renonciation :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans les 30 jours suivant la date de réception de votre ***Certificat d'adhésion.***

Pour cela, il Vous suffit d'adresser à **APRIL Assurances** une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée sur le modèle ci-dessous à l'adresse suivante : APRIL Assurances, Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03.

« Je soussigné(e) M ..... (Nom, Prénom, Adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention TEMPO SENIOR que j'ai signée le ..... à ..... (lieu d'adhésion).

Fait à ..... le ..... signature ».

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

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

7.4 - Durée 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 TEMPO SENIOR soit toujours en vigueur.

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

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

7.5 - Cessation de votre adhésion :

Votre adhésion cesse :

a) en cas de dénonciation de la présente Convention par l'Association ou l'**Organisme assureur** à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à Vous en informer).
b) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être bénéficiaire (Cf. article 1),
c) en cas de résiliation par l'Adhérent, à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins,
d) en cas de non-paiement des cotisations (Cf. article 8),
e) au 65ème anniversaire de l'Assuré pour la garantie ***Invalidité Absolue et Définitive,***
f) à la date de règlement par **APRIL Assurances** des prestations résultant de la mise en jeu des garanties.

A noter
Si vous souhaitez résilier votre adhésion, pensez à nous adresser votre courrier recommandé de résiliation avant le 31 octobre.

En cas de résiliation par l'**Organisme assureur** ou l'Association dans les cas énoncés au a), b), l'**Organisme assureur** s'engage à maintenir, sur demande de l'Assuré, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de la résiliation.

TSEN 06-09/06

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances, je comprends

8. La cotisation

8.1 - Comment est déterminée votre cotisation ? :

La cotisation est fonction de l'âge atteint par l'Assuré calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance, du capital initial assuré et éventuellement des conclusions des formalités d'admission.

8.2 - Evolution de la cotisation :

La cotisation évolue au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats du groupe assuré. La composition du groupe tient compte : de l'âge, de la catégorie professionnelle, du lieu de résidence et des garanties souscrites.

8.3 - Paiement de la cotisation :

Les cotisations sont payables d'avance le premier jour de chaque année, semestre, trimestre ou mois civil, selon le mode de paiement choisi que Vous avez choisi à l'adhésion.

8.4 - Que se passe-t-il si vous ne payez pas cette cotisation ?

A défaut du paiement de votre cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, **APRIL Assurances** Vous adresse une lettre recommandée de mise en demeure entraînant un nouveau délai de trente (30) jours à l'expiration duquel vos garanties seront suspendues.

A noter
En cas de résiliation, nous ne seront plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.

Dix jours après l'expiration du délai fixé au paragraphe précédent, votre adhésion sera résiliée de plein droit.

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.

9. Quelles informations devez-vous porter à notre connaissance ?

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

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

L'Assuré doit informer **APRIL Assurances** par écrit, dans les 90 jours qui suivent tout changement de statut, de situation, de domicile ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

Conseil
Pour que votre contrat soit toujours adapté à votre situation, pensez à nous informer de tout changement.

En cas de survenance d'un des événements énoncés ci-dessus et conformément à l'article L113.16 du code des assurances, l'Adhérent et l'***Organisme assureur*** ont la faculté de résilier l'adhésion, cette résiliation prenant effet un mois après que l'autre partie en ait reçue notification.

ATTENTION :

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 même si elle a été sans influence sur le *Sinistre,* par une réduction d'indemnité ou une nullité de l'adhésion.

De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du *Sinistre* expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion selon les circonstances.

A noter
Cacher une information à l'assureur est très dangereux, aussi bien au moment de votre adhésion qu'au moment de la déclaration de votre sinistre.

10. Prescription

Conformément au Code, toutes actions dérivant de l'adhésion à la Convention TEMPO SENIOR sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance sauf pour les *Bénéficiaires* du capital en cas de décès où ce délai est porté à trente (30) ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un ***Sinistre.*** L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'**Organisme assureur** à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'**Organisme assureur** en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

TSEN 06-09/06

Conditions générales

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

Avec APRIL Assurances, je comprends

11. Que faire en cas de réclamations ?

En cas de difficultés dans l'application de l'adhésion, **APRIL Assurances** Vous recommande de Vous adresser à votre assureur conseil habituel. Si un différend éventuel persiste après réponse, Vous pouvez adresser votre réclamation écrite au Service Clients - APRIL Assurances - Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03.

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

A noter
Vous pouvez retrouver les coordonnées de votre assureur conseil sur votre certificat d'adhésion.

Lexique :

Accident :
Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Bénéficiaire :
Personne au profit de laquelle l'assurance est conclue.

Certificat d'adhésion :
Document qui Vous est remis, confirmant votre adhésion à la Convention «TEMPO SENIOR» et qui précise notamment pour chacun des bénéficiaires la date d'effet, les garanties souscrites et le niveau choisi.

Conjoint :
L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'Assuré bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité avec ce dernier, en vigueur à la date du ***Sinistre.***
Le concubin notoire de l'Assuré pourra être considéré comme ayant la qualité de conjoint, s'il est désigné comme bénéficiaire en cas de décès sur la demande d'adhésion et si justification de sa qualité est faite.

Consolidation :
Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

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

Invalidité Absolue et Définitive :
Etat qui place l'Assuré dans l'impossibilité totale et irrémédiable de se livrer à tout travail ou occupation pouvant procurer gain ou profit, et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante : se laver, se nourrir, s'habiller, se déplacer.

Sinistre :
Evénement, ***Maladie*** ou ***Accident*** mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

Annexe 1, Capital assuré selon l'âge.

Age	Capital assuré	Age	Capital assuré	Age	Capital assuré	Age	Capital assuré
de 50 à 75 ans	100 %	83	66 %	91	44 %	99	38 %
76	95 %	84	63 %	92	42 %	100	38 %
77	90 %	85	60 %	93	40 %	101	38 %
78	86 %	86	57 %	94	38 %	102	38 %
79	81 %	87	54 %	95	38 %	103	38 %
80	77 %	88	51 %	96	38 %	104	38 %
81	74 %	89	49 %	97	38 %	105	38 %
82	70 %	90	46 %	98	38 %		

TSEN 06-09/06

APRIL Assurances **à vos côtés**

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

Santé et **Prévoyance individuelle** ..... Tél. **0891 46 9000** (0,23 € TTC/min)

Assurance de Prêt ..... Tél. **0891 46 6000** (0,23 € TTC/min)

www.april.fr

[Notre engagement, votre satisfaction]

april vous
assuré juste et pas juste assuré

- Vous apporter la qualité au prix juste
- Vous garantir un traitement en 24h
- Vous simplifier l'assurance
- Vous protéger surtout en cas de difficulté
- Vous faire profiter de services en ligne sur april.fr
- Vous satisfaire

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

Une société certifiée ISO 9001(1) version 2000

Retrouvez le détail des engagements d'APRIL Assurances sur www.april.fr

APRIL, **des solutions adaptées**

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées, pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions ..... **www.aprilgroup.fr**

APRIL GROUP, **changer l'image de l'assurance**

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

Aujourd'hui, ce sont plus de **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **2 456 collaborateurs et 61 sociétés du groupe.**

Pour en savoir plus
contactez votre assureur-conseil ou votre conseiller mutualiste

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

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

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

TSEN 06-09/06 - Réf. 13165 - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Assurances présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Assurances SA.
Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.
(1) Activité certifiée : conception et gestion de contrats d'assurance de personnes.