

NOTICE
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

ASSURANCE DE PRÊT



L'assurance en plus facile.

SOMMAIRE

PREAMBULE	P.3
1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	P.4
2. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS ASSURANCE DE PRÊT APRIL ?	P.5
3. LE CONTENU DE VOS GARANTIES	P.5
3.1. VOTRE GARANTIE DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	P.5
3.2. VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES	P.6
3.3. VOTRE GARANTIE 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.8
3.5. OPTIONS CONFORT ET CONFORT +	P.9
3.6. OPTION PRÉVOYANCE	P.9
3.7. VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (G.I.S.)	P.10
4. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	P.11
5. PARTICULARITES	P.11
6. COMMENT METTRE EN ŒUVRE VOS GARANTIES ?	P.11
6.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.12
6.2. L'EXPERTISE MÉDICALE	P.13
6.3. LES MODALITÉS DE VERSEMENT DE PRESTATIONS	P.13
6.4. FAUSSE DECLARATION EN CAS DE SINISTRE	P.13
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.15
8.1. MODALITÉS D'ADHÉSION	P.15
8.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	P.15
8.3. GARANTIE TEMPORAIRE	P.15
8.4. DELAI D'ATTENTE	P.16
8.5. RENONCIATION	P.16
8.6. DURÉE DE VOS GARANTIES	P.16
8.7. CESSATION DE VOS GARANTIES	P.16
9. VOTRE COTISATION	P.17
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 A LA CONNAISSANCE D'APRIL ?	P.17
11. PRESCRIPTION	P.18
12. CONVENTION AERAS («S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ»)	P.18
13. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	P.19
14. PROTECTION DE VOS DONNÉES	P.19
LEXIQUE	P.19
ANNEXES	P.21

PRÉAMBULE

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des Conventions d'assurance de groupe souscrites par l'Association des Assurés APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance et référencées :

- ASSURANCE DE PRET APRIL 2017P01.
- ASSURANCE DE PRET APRIL AERAS 2017P02.

L'organisme assureur de ces Conventions est AXERIA Prévoyance, Compagnie d'assurance vie au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 90 avenue Félix Faure 69439 LYON CEDEX 03, RCS Lyon 350 261 129. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

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

Le souscripteur des Conventions 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 autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

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

L'organisme gestionnaire des Conventions est, par délégation de l'Organisme assureur, APRIL Santé Prévoyance S.A.S. au capital social de 500 000 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 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09 - ci-après dénommée APRIL.

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

L'adhésion à ces Conventions est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le *Certificat d'adhésion*. Ces Conventions sont soumises à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée en cours de contrat sera la langue française.

Le terme « Adhérent » désigne la personne physique ou morale qui adhère à l'Association et à la(aux) présente(s) Convention(s). Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

Le terme « Assuré » désigne la personne qui bénéficie des garanties de l'une des présentes Conventions. 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.

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

À NOTER :

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

1. QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURÉ ?

Pour adhérer au titre de ces Conventions, Vous devez :

- être une personne physique âgée de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties ou une personne morale,
- remplir les conditions de *Résidence* prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après,
- avoir contracté un emprunt ou un crédit-bail ou être *Caution* d'un emprunt ou d'un crédit-bail libellé en euros et rédigé en français auprès d'un *Organisme prêteur* d'un montant minimum garanti de 18 000 euros si Vous êtes âgé de moins de 55 ans ou de 7 500 euros si Vous êtes âgé de 55 ans et plus.

Ne sont pas éligibles aux garanties des présentes Conventions, les types de prêts suivants :

- les crédits de trésorerie (le découvert bancaire et la facilité de caisse),
- les crédits permanents renouvelables,
- les prêts viagers hypothécaires,
- les prêts Europlan,
- les prêts d'une durée supérieure à quarante (40) ans.

Pour être assuré au titre de l'une de ces Conventions, l'Assuré doit :

- être une personne physique âgée de 18 ans au moins et de 80 ans au plus pour la garantie Décès et de 64 ans au plus pour les autres garanties, au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties,
- remplir les conditions de *Résidence* prévues en fonctions des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après,
- être emprunteur, co-emprunteur ou *Caution* d'une personne physique ou d'une personne morale,
- avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant.

GARANTIES	CONDITIONS D'ELIGIBILITE LIEES AU LIEU DE RESIDENCE					
	France Continentale	Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane, St Barthélémy, St Martin	Corse, Mayotte, Nouvelle Calédonie, Polynésie Française, Saint Pierre-et-Miquelon, Terres australes et antarctiques, Wallis et Futuna	Union Européenne, Espace Economique Européen, Royaume-Uni	Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Nouvelle Zélande, Suisse	Autres pays (sur étude)
Décès	X	X	X	X	X	X
P.T.I.A	X	X	X	X	X	X
I.T.T	X	X		X		
I.P.T	X	X		X		
I.P.P	X	X				
Options Confort / Confort+	X	X				
Invalidité Spéciale Professions médicales	X					
G.I.S	X	X				
CONDITIONS D'ELIGIBILITE LIEES AU LIEU DE L'ORGANISME PRETEUR	L'organisme prêteur doit être situé en France, en Suisse, au sein de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen			L'organisme prêteur doit être situé en France		

APRIL se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque et pourra Vous demander de communiquer :

- le tableau d'amortissement de l'emprunt ou celui des loyers ainsi que le montant de l'option d'achat dans le cas d'un crédit-bail,
- l'acte notarié du crédit-vendeur et la déclaration faite au centre des impôts lorsque le prêt est souscrit auprès d'un particulier,
- l'acte de cautionnement lorsque l'Assuré a la qualité de *Caution*.

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

2. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS ASSURANCE DE PRET APRIL ?

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

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

Concernant la garantie *Incapacité Temporaire Totale* (I.T.T.), Vous avez le choix entre la *Franchise* de 30, 60, 90 ou 180 jours si Vous exercez de manière effective une activité professionnelle à l'adhésion.

Si Vous n'exercez pas de manière effective une activité professionnelle à l'adhésion ou si Vous résidez dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy, à Saint Martin, dans l'Union Européenne, dans l'Espace Economique Européen ou au Royaume-Uni, 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. VOTRE GARANTIE 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), il est versé au(x) *Bénéficiaire(s) désigné(s)* 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*.

Lorsque l'adhésion porte sur un contrat de crédit-bail, le capital restant dû est égal à la totalité des loyers à échoir toutes taxes comprises et à la valeur résiduelle éventuelle toutes taxes comprises (option d'achat) dans la limite du *Montant garanti*.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

La garantie Décès cesse au plus tard au 31 décembre du 85ème anniversaire de l'Assuré.

Dispositions concernant le(s) Bénéficiaire(s) du capital décès n'ayant pas la qualité d'Organisme prêteur :

Le(s) Bénéficiaire(s) du capital décès :

A l'adhésion, Vous pouvez désigner le(s) *Bénéficiaire(s)* dans 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 une lettre datée et signée l'informant de cette nouvelle désignation bénéficiaire.

En l'absence de désignation valable au jour du décès de l'Assuré, les sommes dues seront versées :

- à ses héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales si l'Assuré a la qualité de *Caution*,
- à son *Conjoint*, à défaut à ses enfants nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut à ses héritiers par parts égales si l'Option Prévoyance, définie à l'article 3.6, est souscrite.

Lorsque le(s) *Bénéficiaire(s)* 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.

À NOTER :

Pour être garanti à 100%, le capital assuré doit être égal à la totalité des loyers TTC et à la valeur de rachat.

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. Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé d'APRIL, 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. 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.

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*, il sera versé au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) 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 au 31 décembre de son 71ème 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 avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, 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 de la garantie 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 des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion.

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

En cas d'invalité, appréciée par rapport au barème d'invalité professionnelle permanente à 100% ci-annexé, il sera versé au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) 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'*Invalité 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'invalité 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 au 31 décembre de son 71ème 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'invalité doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, 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. VOTRE GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.)

Cette garantie ne peut pas être souscrite pour les prêts avec différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente six (36) mois ainsi que pour les prêts relais quelle que soit la durée de différé total. Cette condition ne concerne pas les prêts à taux zéro.

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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

En cas d'Incapacité Temporaire Totale :

APRIL verse selon la *Franchise* souscrite à l'adhésion à compter du 31^{ème}, 61^{ème}, 91^{ème} ou du 181^{ème} jour d'*Incapacité Temporaire Totale*, les arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme Prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

Les prestations sont versées à l'*Organisme prêteur* et/ou directement à l'Assuré si l'Option Prévoyance est souscrite ou si l'Assuré a la qualité de *Caution*.

La prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement ou de loyer 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*.

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 ou de loyer 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 1^{er} 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*,
 - 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*,
 - 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 au 31 décembre de son 71^{ème} 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 dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 8.7 «Cessation de vos garanties».

En cas d'Invalidité Permanente Totale :

En cas d'I.P.T, la base de calcul des prestations sera identique à celle de l'I.T.T au jour du *Sinistre*.

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%.

PRÉCISION :

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

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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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 au 31 décembre de son 71ème 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 avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'*Accident ou la Maladie* qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des échéances de remboursement ou de loyer 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 au 31 décembre de son 71ème 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 dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- 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 ou d'I.P.T ne peut être prise en compte.

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

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- les échéances de remboursement des prêts ayant un différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente-six (36) mois, sauf s'il s'agit d'un prêt à taux zéro,
- les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total,
- l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'I.T.T ou d'I.P.T persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

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

En complément de la garantie I.T.T/I.P.T, cette garantie peut être souscrite exclusivement au moment de l'adhésion à la Convention et au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'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 versera les arrérages de remboursement ou de loyer 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/ I.P.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 au 31 décembre de son 71ème 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 avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'*Accident ou la Maladie* qui en est la cause est antérieur.

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

PRÉCISION :

Si votre échéance mensuelle garantie en I.T.T./I.P.T. est de 800 euros, la prestation versée en cas d'invalidité permanente partielle est de 400 euros

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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%,
- 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 au 31 décembre de son 71ème 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 dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,

- 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 des garanties I.P.P. :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- les échéances de remboursement des prêts ayant un différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente-six (36) mois, sauf s'il s'agit d'un prêt à taux zéro,
- les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total,
- l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'I.P.P persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

3.5. VOS OPTIONS CONFORT ET CONFORT +

Ces options peuvent être souscrites en complément de la garantie I.T.T/ I.P.T.

Les options Confort et Confort+ ont pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègements des exclusions 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 des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion.

En cours de contrat, Vous pourrez remplacer l'option Confort+ par l'option Confort.

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

Option Confort :

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 toute nature, 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, dès lors que l'Assuré fait l'objet d'une *Hospitalisation* continue de plus de sept (7) 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*.

Option Confort + :

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 toute nature, 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*.

3.6. OPTION PRÉVOYANCE

Cette option est réservée à l'Adhérent qui désigne, au titre de son adhésion au contrat d'assurance emprunteur groupe souscrit par l'*Organisme prêteur* ou de son contrat ASSURANCE DE PRET APRIL, l'*Organisme prêteur* bénéficiaire pour une quotité inférieure à 100% du montant du capital emprunté.

Elle permet de garantir la quotité de l'emprunt ou du crédit bail non assurée au profit de l'*Organisme prêteur* pour laquelle l'Adhérent désigne le bénéficiaire de son choix.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

La *Quotité assurée* au titre de l'Option Prévoyance cumulée à celle garantie au profit de l'*Organisme prêteur* ne doit pas dépasser 100% du montant du capital emprunté.

Si l'Option Prévoyance est choisie en complément d'un contrat d'assurance emprunteur groupe, elle doit être souscrite au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date de signature de l'offre de prêt.

Si l'Option Prévoyance est choisie en complément de la désignation de l'*Organisme prêteur* dans le contrat ASSURANCE DE PRET APRIL, elle doit être souscrite au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion.

3.7 – VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (G.I.S)

Cette garantie prévue par la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), pour les opérations qui y sont éligibles, ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Décès / P.T.I.A.

Dans le cas où la garantie I.P.T a été refusée pour raisons médicales au niveau 1, elle est proposée par APRIL au niveau 2, sous réserve d'acceptation médicale,

En cas d'*Invalidité Spécifique*, APRIL verse les arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

Pour qu'il y ait *Invalidité Spécifique*, l'Assuré doit présenter une incapacité professionnelle et conjointement une incapacité fonctionnelle d'un taux au moins égal à 70%.

L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires.

Pour bénéficier de cette garantie, l'*Invalidité Spécifique* 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 au 31 décembre de son 71ème 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 Spécifique* doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'*Invalidité Spécifique* proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si le taux d'incapacité fonctionnelle devient inférieur à 70%,
- en cas de non production du justificatif attestant de l'incapacité professionnelle de l'Assuré de manière administrative,
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 71ème 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 dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,

- 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'*Invalidité Spécifique* ne peut être prise en compte.

L'Organisme assureur ne prend jamais en charge au titre de cette garantie :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- les échéances de remboursement des prêts ayant un différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente-six (36) mois, sauf s'il s'agit d'un prêt à taux zéro,
- les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total,
- l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'invalidité persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

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 montant de l'échéance de remboursement ou de loyer due par les Assurés à l'Organisme prêteur**, telle qu'elle est mentionnée au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur.

Aucune prestation ne sera versée par l'Organisme assureur au Bénéficiaire au titre de l'Option Prévoyance, dès lors que le capital ou les échéances de remboursement ou de loyer dus par les Assurés sont intégralement payés à l'Organisme prêteur par son contrat d'assurance emprunteur groupe ou par le contrat ASSURANCE DE PRET APRIL.

Montant maximum de l'indemnisation :

Les prestations versées pour l'ensemble des prêts assurés dans le cadre des présentes Conventions, sont limitées à :

- 15 000 000 euros au titre de la garantie Décès / P.T.I.A,
- 2 500 000 euros au titre de la garantie *Invalidité Spéciale Professions Médicales*,
- 25 000 euros par mois au titre des garanties I.T.T / I.P.T / I.P.P, Options Confort/Confort+ et G.I.S.

Pour les Assurés résidant dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy ou à Saint Martin, le capital maximum assuré est de 5 000 000 euros au titre de la garantie Décès / P.T.I.A et de 6 000 euros par mois au titre des garanties I.T.T / I.P.T / I.P.P, Options Confort/Confort+ et G.I.S.

Modification de la délégation de bénéfice et avenant de cession :

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

6. COMMENT METTRE EN OEUVRE VOS GARANTIES ?

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout état d'Incapacité Temporaire Totale doit être déclaré à APRIL dans un délai de cent quatre-vingt (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, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique, 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, les Bénéficiaires 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 des présentes Conventions, le médecin conseil d'APRIL pourra demander à l'Assuré, au(x) *Bénéficiaire(s)* 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 *Bénéficiaires* ou 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, ses ayants droit ou le(s) *Bénéficiaire(s)* de la garantie (s'ils sont différents de l'*Organisme prêteur*), 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.

CONSEIL :

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

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 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 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'inaptitude 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 concerné,
- la copie de l'offre de prêt,
- toutes autres pièces nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

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

- 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 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 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude 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,
- le tableau d'amortissement du prêt concerné,
- la copie de l'offre de prêt,
- toutes autres pièces 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, d'Invalidité Spéciale Professions Médicales ou d'Invalidité Spécifique (pour l'incapacité fonctionnelle) peut être contrôlé par expertise médicale. Les décisions prises par les organismes sociaux dont l'Assuré dépend sont inopposables à l'Organisme assureur sauf pour la Garantie Invalidité Spécifique.

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 au profit du(des) Bénéficiaire(s) en euros.

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

6.4. FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non intentionnelle établie par APRIL, dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré et le(s) Bénéficiaire(s) à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

En cas de Sinistre Décès, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non intentionnelle établie par APRIL, dans les informations qui lui seront fournies expose le(s) Bénéficiaire(s) et les ayants droit à une déchéance de garanties.

À NOTER :

Votre état d'incapacité ou d'invalidité est apprécié par APRIL 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

À 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

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 :

- des suites ou conséquences de Maladies, Accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure :
 - en cas de déclarations médicales par papier : à la date d'acceptation de l'adhésion par APRIL concrétisée par l'émission du Certificat d'adhésion ou à la date d'effet des garanties si celle-ci est antérieure à la date d'émission du Certificat d'adhésion,
 - en cas de déclarations médicales par téléphone : au lendemain de la date de l'entretien téléphonique de l'Assuré mentionnée sur son questionnaire de santé,
 - en cas de déclarations médicales par internet : au lendemain de la date de validation de l'Assuré mentionnée sur son questionnaire de santé.

Les garanties s'exercent cependant sur les suites et conséquences de Maladies, Accidents et infirmités qui ont été déclarés lors de la sélection médicale à l'adhésion, sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée au Certificat d'adhésion.

Sont également exclus les Sinistres survenus antérieurement à la date de prise d'effet des garanties ainsi que leurs suites et conséquences.

- 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 sauf si elle a été acceptée par APRIL,

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- de tout sport et/ou activité sportive non représentés par une fédération française et agréée par le Ministère de la Ville, des Sports et de la Jeunesse,
- de la pratique du saut à l'élastique,
- 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. Ces sports peuvent être garantis s'ils ont été déclarés par l'Assuré à l'adhésion ou en cours d'adhésion et acceptés par APRIL.

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 :

- 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 R 132-5 du Code des assurances),
- d'une guerre mettant en cause l'Etat français,
- 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, I.P.T et G.I.S, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- 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,
- des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires ou de rixes (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel),

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre des garanties Invalidité Spéciale Professions Médicales, 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 toute nature, 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 si elles donnent lieu à une *Hospitalisation* continue de plus de sept (7) jours

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 ou 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 ?

Quel que soit le mode d'adhésion, votre adhésion à la(aux) Convention(s) est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL, concrétisée par l'émission du *Certificat d'adhésion*.

CONSEIL :

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

8.1. MODALITÉS D'ADHÉSION

● Adhésion par papier

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

Si l'adhésion est acceptée par APRIL avec des conditions particulières (surprime, exclusion, refus partiel de garanties), elle est réputée conclue à la date d'acceptation de l'Assuré des nouvelles conditions qui lui sont proposées.

● Adhésion par internet

Si Vous adhérez à la(aux) Convention(s) par internet sur le site d'APRIL, 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) en cliquant sur l'option « Recevoir mon code signature par SMS ». 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.

Une fois l'adhésion finalisée, Vous recevrez un mail de confirmation à l'adresse électronique que Vous Nous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par APRIL. Votre adhésion est réputée conclue à la date d'envoi dudit mail de confirmation.

Sera joint à ce mail l'ensemble des pièces contractuelles. Vous et chaque Assuré disposez également d'un accès sécurisé sur un site dédié vous permettant d'accéder à tout moment à l'ensemble de votre dossier.

La signature électronique proposée par APRIL constitue un procédé d'identification fiable de l'utilisateur qui respecte les normes légales en vigueur afin de garantir l'authenticité du signataire et l'intégrité des informations fournies par ce dernier.

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.

8.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Sous réserve de l'acceptation préalable d'APRIL, 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 de réception de la demande d'adhésion, en cas d'adhésion par papier ;
- à la date de réception du mail de confirmation d'APRIL, en cas d'adhésion par internet.

La date d'effet des garanties est indiquée sur votre *Certificat d'adhésion*.

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.

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 **dans la limite de 310 000 euros**.

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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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 et/ou provenant d'Accidents, de Maladies et d'Affections.

8.5. RENONCIATION

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion pendant le délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter du jour où Vous êtes informé de la date de conclusion du contrat, telle que définie à l'article 8.1, sous réserve de l'accord écrit de l'Organisme prêteur (sauf si l'Assuré a la qualité de Caution ou si l'Option Prévoyance est souscrite) ou du bénéficiaire acceptant si celui-ci est différent.

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

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que Vous transmettiez votre décision de renonciation avant l'expiration du délai de rétractation de trente (30) jours susmentionné.

Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation ci-après mais ce n'est pas obligatoire :

« Je soussigné(e) M (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat ASSURANCE DE PRET APRIL n°..... que j'ai souscrit le par l'intermédiaire du cabinet..... Fait à le signature de l'Adhérent et de l'Organisme prêteur ».

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 30ème jour suivant la date d'effet des garanties.

8.6. 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 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 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 :

- au terme du prêt ou de l'acte de cautionnement,
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- dès que Vous avez entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de votre adhésion,
- dès que l'Assuré perd sa qualité de Caution,
- lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations, c'est-à-dire :
 - pour la garantie Décès au 31 décembre de son 85ème anniversaire,
 - pour toutes les autres garanties, à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 71ème 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 dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance.

A votre initiative :

- pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel, dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 113-12-2 du Code des assurances. La demande de résiliation doit être adressée à APRIL par courrier recommandé au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période de douze (12) mois susmentionnée. Vous devez notifier également à APRIL par courrier recommandé la décision du prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution (article L 313-31 du Code de la consommation). En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux (2) dates suivantes :
 - soit dix (10) jours après réception de la décision du prêteur,
 - soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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

- g) à l'échéance annuelle au 31 décembre par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL au plus tard le 31 octobre de chaque année avec l'accord de l'*Organisme prêteur* (sauf si l'Assuré a la qualité de *Caution* ou si l'Option Prévoyance est souscrite) ou du *Bénéficiaire* si ce dernier est bénéficiaire acceptant.

A l'initiative de l'Assureur :

- h) en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues à l'article 9 « Votre cotisation »,

En cas de dénonciation des présentes Conventions 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

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

L'assiette de votre cotisation correspond au *Montant garanti*.

Pour les contrats de crédit-bail, la base de calcul de votre cotisation est le cumul des loyers toutes taxes comprises à l'origine ou de ceux restant dus ainsi que la valeur d'option d'achat éventuelle toutes taxes comprises.

Au 1er janvier de chaque année d'assurance, votre cotisation tient compte du capital restant dû garanti et de votre âge atteint 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 aux Conventions, toute instauration de nouvelles impositions applicables aux Conventions ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable aux Conventions entraînera une modification du montant de la cotisation.

9.2. PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Votre cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé dans l'Union Européenne. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon la période de paiement que Vous avez choisi 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 mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances.

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

À NOTER :

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.

Toutefois, si en cours d'adhésion Vous souhaitez garantir une pratique sportive exclue (article 7), une acceptation préalable auprès d'APRIL sera nécessaire.

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, remboursement partiel ou total anticipé, renégociation...).

Toutes modifications non déclarées à APRIL sont inopposables à l'Organisme assureur dès lors qu'elles entraînent pour l'Organisme assureur un engagement supplémentaire.

À NOTER :

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

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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 nous communiquant votre adresse électronique personnelle, 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 de cesser ce mode de communication.

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

11. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance ».

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

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

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

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

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L 114-2 du Code des assurances. 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 d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

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

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

L'article L 114-3 du Code des assurances prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

12. CONVENTION AERAS («S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ»)

Les demandes d'adhésion des candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé, qui ne peuvent pas souscrire les garanties du contrat aux conditions standard (de la Convention 2017P01), avec le cas échéant exclusion(s) et/ou surprime (niveau 1 de la convention AERAS), sont alors systématiquement examinées individuellement au titre du niveau 2 de la convention AERAS.

Les demandes d'adhésion (à la Convention 2017P01) acceptées par APRIL au niveau 2 bénéficient d'une tarification spécifique.

Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

13. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » depuis votre Espace Assuré.

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

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

Médiation :

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

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

14. PROTECTION DE VOS DONNÉES

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, Vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que Vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance -114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03.

Par ailleurs, en application de l'article L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous Vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec APRIL, Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, Vous pouvez gratuitement Vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret, 10000 TROYES ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez également Vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance à l'adresse susmentionnée.

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, insolation, 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, les personnes physiques désignées sur la demande d'adhésion après accord de l'*Organisme prêteur*.

● Lorsque l'Assuré a la qualité de *Caution* : l'Assuré lui-même pour les garanties I.T.T./I.P.T./I.P.P./P.T.I.A./G.I.S, le *Bénéficiaire* désigné à l'adhésion pour la garantie Décès.

● Dans le cadre de l'Option Prévoyance, l'Assuré lui-même pour les garanties I.T.T./I.P.T./I.P.P./P.T.I.A./G.I.S, le *Bénéficiaire* désigné à l'adhésion pour la garantie Décès.

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,

● Le dirigeant de droit ou associé d'une personne morale emprunteuse qui s'engage à rembourser l'*Organisme prêteur* en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir

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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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, 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 de prise 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.

Garantie Invalidité Spécifique (Invalidité Spécifique) :

L'Assuré est considéré comme étant en état d'*Invalidité Spécifique* si, à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), il présente une incapacité professionnelle et une incapacité fonctionnelle supérieure ou égale à 70%.

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%.

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%.

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'ostéopathes ou de vétérinaire.

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

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, personne physique ou morale, 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'incapacité 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.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

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.

Sinistre :

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

ANNEXES

BAREME INVALIDITE PUBLIE PAR LE CONCOURS MEDICAL

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

BAREME INVALIDITE SPECIALE PROFESSIONS MEDICALES (INVALIDITE PROFESSIONNELLE PERMANENTE A 100 %) POUR LES PROFESSIONS DE MEDECIN, CHIRURGIEN, CHIRURGIEN-DENTISTE, INTERNE EN MEDICINE, SAGE FEMME, PHARMACIEN, KINÉSITHÉRAPEUTE, OSTÉOPATHE ET VÉTÉRINAIRE

Cécité complète	> 100 %
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	
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	

PRT170117

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€

**LES STATUTS COMPLETS ET LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR SONT CONSULTABLES SUR INTERNET À L'ADRESSE SUIVANTE : WWW.ASSOCIATION-ASSURES-APRIL.FR
MIS À JOUR AU 1ER AVRIL 2015**

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, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires, 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 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 en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne 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.

ARTICLE 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La qualité de membre 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, délivré 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 reste acquise à l'Association.

ARTICLE 8. OPPOSABILITÉS AUX 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 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 versement 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 Assurés, prévues ou non aux contrats collectifs d'assurances souscrits par l'Association.

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. Convocation

Les membres de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, 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 se composent de tous les membres 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 Adhérents.

Les Assemblées 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 adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée 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. Elles sont faites au moins soixante jours avant la tenue de l'Assemblée Générale.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent adhérents dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président du Conseil d'Administration quarante cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

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.

› 2. Droit de vote

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

Chaque membre Adhérent personne physique, ne peut être représenté que par un autre membre Adhérent personne physique. Les membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Adhérent a la faculté de donner mandat à un autre Adhérent ou à son conjoint. Un même 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 et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

› 3. Tenue des Assemblées

La Présidence de l'Assemblée Générale appartient au Président du Conseil d'Administration qui peut déléguer ses fonctions au Vice Président et à défaut à un autre Administrateur.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille 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 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.

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 qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées Générales obligent par leurs décisions tous les membres y compris les absents.

april | santé prévoyance

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

SAS 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 prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance.



L'assurance en plus facile.