



Toutes Cibles

Vous recherchez un contrat avec de bonnes garanties et un tarif attractif



Choisissez

Balinéa Santé

La complémentaire santé de toutes les attentes



• 6 niveaux de garanties + renforts optiques et dentaires

• Tiers Payant Étendu

• Sans questionnaire médical

Des garanties adaptées à tous les besoins de la famille

Des garanties adaptées aux besoins de chacun

Que l'on soit étudiant, actif ou à la retraite, nos besoins en soins de santé sont différents. C'est pourquoi nous vous proposons **6 niveaux progressifs**, qui vous permettront de choisir les garanties les plus appropriées à vos besoins.

Pour compléter ces remboursements de base, vous pouvez choisir un renfort Optique et Dentaire ainsi qu'un renfort Médecine Naturelle.



Notre complémentaire vous rembourse **des soins coûteux et nécessaires que la Sécurité sociale n'indemnise pas.**

Ainsi, nous prenons en charge les soins dentaires non remboursés (parodontologie et implants), mais également les manipulations articulaires et vertébrales pratiquées par un médecin ou un kinésithérapeute.

Nous remboursons également la consultation annuelle des licenciés sportifs.

Une couverture immédiate, sans questionnaire médical !

Quel que soit votre état de santé, votre adhésion est acceptée sans questionnaire médical. Vous bénéficierez également de la **Garantie Viagère Immédiate** : votre contrat ne peut être résilié même si votre état de santé évolue (sauf en cas de non paiement des cotisations).

Vous bénéficierez immédiatement de vos garanties, si vous justifiez de garanties antérieures au moins équivalentes.

Seul le forfait naissance se verra appliquer un délai d'attente de 9 mois.

Si vous ne justifiez pas de garanties antérieures équivalentes ou supérieures, des délais d'attente et des limitations seront appliqués, comme décrits dans les conditions générales.

Des remboursements en 24 heures !

Le traitement de vos remboursements s'effectue en 24 heures maximum.

Toute demande que vous pourriez faire au cours de la vie de votre contrat : courriers, informations, avenants..., sera prise en charge en 12 heures.

La qualité et la rapidité de sa gestion a permis à APRIL Assurances d'obtenir la certification ISO 9001 version 2000.

Un tiers payant étendu

Vous bénéficiez du tiers payant pharmacie et hospitalier, vous n'avez plus besoin de faire l'avance de vos frais !

Vous profitez également d'un tiers payant étendu chez des praticiens conventionnés : opticiens, radiologues, laboratoires d'analyses...

Toutefois, si l'un des assurés est affilié au régime obligatoire Alsace-Moselle, seul le tiers payant hospitalier est disponible.

Plus de 35 000 praticiens acceptent le tiers payant APRIL Assurances, dont plus de 4 000 opticiens.

La fidélité enfin récompensée !

Pour vous remercier de votre fidélité, les forfaits des soins du dos non remboursés par la Sécurité sociale sont doublés à la troisième année d'adhésion, ainsi que les plafonds dentaires. Nous doublons à la deuxième et également à la troisième année d'adhésion, les remboursements de vos renforts Optique et Dentaire.

Garanties de base

Vos garanties	Niveau 1 Pas de limite d'âge	Niveau 2 Pas de limite d'âge	Niveau 3 Limite d'âge: 70 ans	Niveau 4 Limite d'âge: 70 ans	Niveau 5 Limite d'âge: 65 ans	Niveau 6 Limite d'âge: 65 ans
Frais hospitaliers			Tiers payant Hospitalier inclus			
Frais de séjour Secteur conventionné	100 % des frais réels* 100 % du TA*	100 % des frais réels* 100 % du TA*	100 % des frais réels* 150 % du TA*	100 % des frais réels* 200 % du TA*	100 % des frais réels* 300 % du TA*	100 % des frais réels* 400 % du TA*
Secteur non conventionné						
Honoraires chirurgicaux # Secteur conventionné	100 % du TC*	300 % du TC*	400 % du TC*	500 % du TC*	500 % du TC*	500 % du TC*
Secteur non conventionné	100 % du TC*	100 % du TC*	150 % du TC*	200 % du TC*	300 % du TC*	400 % du TC*
Chambre particulière # (hospitalisation et maternité) Secteur conventionné	Néant	maxi 30 € / j	maxi 60 € / j	maxi 70 € / j	maxi 75 € / j	maxi 80 € / j
Secteur non conventionné	Néant	maxi 30 € / j	maxi 30 € / j	maxi 45 € / j	maxi 45 € / j	maxi 45 € / j
Forfait hospitalier	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Frais accompagnant enfant (- de 18 ans) #	Néant	maxi 15 € / j	maxi 20 € / j	maxi 25 € / j	maxi 30 € / j	maxi 35 € / j
Maison de repos	100 % du TC* (pendant 30 jours)	100 % du TC* (pendant 30 jours)	100 % du TC* (pendant 60 jours)	100 % du TC* (pendant 90 jours)	100 % du TC* (pendant 180 jours)	100 % du TC* (pendant 180 jours)
Hospitalisation à domicile	100 % du TC*	100 % du TC*	125 % du TC*	150 % du TC*	200 % du TC*	300 % du TC*
Honoraires médicaux # Généralistes, spécialistes, radiologie, auxiliaires médicaux, soins externes, actes médicaux courants	100 % du TC*	100 % du TC*	Secteur conventionné et non conventionné		250 % du TC*	100 % des frais réels*
Pharmacie Prise en charge par le RO	100 % des frais réels*	100 % des frais réels*	100 % des frais réels*	100 % des frais réels*	100 % des frais réels*	100 % des frais réels*
Soins inopinés à l'étranger	100 % du TC*	100 % du TC*	125 % du TC*	150 % du TC*	200 % du TC*	300 % du TC*
Analyses	100 % du TC*	100 % du TC*	100 % du TC*	100 % du TC*	100 % du TC*	100 % du TC*
Appareillage (Orthopédie, prothèses auditives, petit appareillage)	100 % du TC*	100 % du TC*	125 % du TC*	150 % du TC*	200 % du TC*	300 % du TC*
Transport	100 % du TC*	100 % du TC*	125 % du TC*	150 % du TC*	200 % du TC*	300 % du TC*
Soins non remboursés par le RO						
Forfait soins du dos (1) Remboursement 1 ^{er} et 2 ^e année d'adhésion	Néant	50 €	100 €	150 €	250 €	400 €
Remboursement 3 ^e année et suivantes	Néant	100 €	200 €	300 €	500 €	800 €
Prise en charge de la visite pour les licenciés du sport (forfait)	Néant	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
Frais dentaires Orthodontie et Prothèses dentaires # - prises en charge par le RO - non prises en charge par le RO (2)	100 % du TC*	150 % du TC*	200 % du TC*	250 % du TC*	350 % du TC*	500 % du TC*
Plafond 1 ^{er} et 2 ^e année d'adhésion	Néant	100 % du TC	125 % du TC	200 % du TC	250 % du TC	300 % du TC
Plafond 3 ^e année et suivantes	Néant	Néant	500 €	600 €	800 €	1 000 €
Soins dentaires	100 % du TC*	100 % du TC*	1 000 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €
Forfait soins dentaires non remboursés (implants, parodontologie) (2)	Néant	150 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Frais d'optique acceptés ou refusés par le RO Forfait Monture + verres ou lentilles # Forfait traitement de la myopie au laser	50 € Néant	100 € 250 €	150 € 400 €	200 € 500 €	300 € 800 €	400 € 800 €
Forfait naissance, adoption # (prime maternité ou paternité)	Néant	75 €	100 €	200 €	250 €	300 €
Forfait cure thermale	Néant	75 €	100 €	200 €	250 €	300 €

= Postes soumis à limitations ou délais d'attente (cf paragraphe 9.2 des conditions générales)

* = Sous déduction du remboursement du régime obligatoire - TA = Tarif d'Autorité

TC = Tarif de Convention - RO = Régime Obligatoire - (1) = Méthode de manipulation articulaire ou vertébrale pratiquée par un médecin ou un kinésithérapeute - (2) = Sur accord du dentiste conseil d'APRIL Assurances

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

- Les forfaits et plafonds de garanties figurant dans ce tableau ne sont valables qu'une fois par bénéficiaire et par année d'adhésion en cours. Ils ne peuvent donc pas être reportés d'une année sur l'autre.

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

Balinéa Santé

Options

La complémentaire santé de toutes les attentes

Renfort Optique et Dentaire	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Forfait Dentaire (prothèses et orthodontie acceptées ou refusées par le RO)						
1 ^{re} année	40 €	45 €	55 €	65 €	80 €	105 €
2 ^e année	80 €	90 €	110 €	130 €	160 €	210 €
3 ^e année et suivantes	160 €	180 €	220 €	260 €	320 €	420 €
Forfait Optique (lunettes et lentilles acceptées ou refusées par le RO)						
1 ^{re} année	25 €	28 €	35 €	40 €	48 €	63 €
2 ^e année	50 €	55 €	70 €	80 €	95 €	125 €
3 ^e année et suivantes	100 €	110 €	140 €	160 €	190 €	250 €
Forfait Médecine Naturelle	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, vaccins non remboursés par le RO	néant	60 €	80 €	100 €	120 €	150 €

Il n'y a pas de délais d'attente sur les renforts Optique et Dentaire et Médecine Naturelle. Ces forfaits sont valables une fois par bénéficiaire et par année d'adhésion. Ils ne peuvent donc pas être reportés d'une année sur l'autre.

Exemples de remboursement

Nature des soins	Quand je dépense	Je suis remboursé(e)					
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Soins médicaux							
Consultation chez votre généraliste (Tarif de Convention : 20 €)	22 €	20 €	20 €	22 €	22 €	22 €	22 €
Consultation chez un spécialiste (Tarif de Convention : 23 €)	25 €	23 €	23 €	25 €	25 €	25 €	25 €
Pharmacie (prise en charge par votre régime obligatoire)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Chambre particulière (5 jours) (remboursement Sécurité sociale = 0 €)	200 € (40 €/jour)	0 €	150 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Frais dentaires							
Pose d'une couronne (spr 50) acceptée par le RO	350 €	107,50 €	161,25 €	215 €	268,75 €	350 €	350 €
Frais d'optique							
Monture standard + 2 verres (exemple de remboursement Sécurité sociale : 10 €)	130 €	60 €	110 €	130 €	130 €	130 €	130 €

Ces exemples de remboursements sont exprimés en fonction du tarif de convention et concernent les personnes bénéficiant du régime de la sécurité sociale. Ils incluent les remboursements de votre régime obligatoire et s'appliquent à des actes effectués en secteur conventionné. Tarifs de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} septembre 2003



Comprendre avec APRIL Assurances

TC (Tarif de Convention)

Il s'applique au remboursement d'actes médicaux effectués par des **praticiens conventionnés**. Par exemple, si vous consultez un dermatologue conventionné, la base de remboursement de votre régime obligatoire est de **23 €* : c'est ce que l'on appelle le tarif de convention**. Si vous êtes salarié ou travailleur non salarié, votre régime obligatoire vous remboursera 70 % du tarif de convention, soit 16,10 €.

TA (Tarif d'Autorité)

Il s'applique au remboursement d'actes médicaux effectués par des **praticiens non conventionnés**. Par exemple, si vous consultez un dermatologue non conventionné, la base de remboursement de votre régime obligatoire est de 1,22 €* : c'est ce que l'on appelle le **tarif d'autorité**. Si vous êtes salarié, votre régime obligatoire vous remboursera 70 % du tarif d'autorité, soit 0,85 €.

Parodontologie

Traitement de la gencive contre le déchaussement des dents et les maladies gingivales.

* Tarif Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} septembre 2003.

les services +

- **Tiers Payant Hospitalisation.**
- **Tiers Payant Pharmacie** : pour ne plus faire l'avance des frais.
- **Un tiers payant élargi aux autres professionnels de santé** : plus de 35 000 praticiens sont partenaires d'APRIL Assurances et pratiquent le tiers payant. Parmi eux, plus de 4 000 opticiens, et également des laboratoires d'analyses, des radiologues, des kinésithérapeutes, des dentistes. Dès lors qu'un des assurés du contrat est affilié du régime obligatoire Alsace-Moselle, seul le Tiers Payant Hospitalier est disponible pour toutes les personnes assurées du contrat. Il en est de même si l'adhérent réside dans un département où la convention tiers payant pharmaceutique n'a pas encore été signée. Pour connaître les praticiens conventionnés consultez notre site Web : www.spdirect.fr.
- **Ligne de vie** : des médecins répondent à toutes les questions que vous vous posez sur votre santé.

Une assistance complète pour tous : APRIL Assistance

Voici des exemples de nos prestations d'assistance :

- nous prenons en charge la garde d'enfants de moins de 15 ans et la garde des animaux, en cas d'hospitalisation de plus de trois jours,
- nous organisons la livraison de médicaments et envoyons une aide ménagère dès votre sortie de l'hôpital pour une hospitalisation de plus de 10 jours,
- nous recherchons un kinésithérapeute, une aide médicale ou un infirmier.

Protection juridique Santé :

Si vous subissez une atteinte à votre intégrité physique, qu'il en résulte un préjudice pour lequel vous êtes en droit de demander réparation à autrui, vous avez la possibilité de demander la défense de vos intérêts et la prise en charge le cas échéant des frais de procès et d'auxiliaires de justice dans la limite des barèmes de la compagnie.

Un service d'information téléphonique :

- **informations médicales** : renseignements médicaux et paramédicaux...
- **informations enfants** : garde, enseignement, orientation (crèche, baby-sitting)
- **informations juridiques et administratives** liées à la santé

Gardez l'esprit libre grâce aux Services APRIL Assurances !

- **VOCAPRIL** : serveur vocal pour connaître le détail des remboursements de vos frais de santé. Un service simple et rapide !
- **Des services en ligne gratuits pour vous** : n'oubliez pas de consulter notre site Internet : <http://www.april.fr>.

Un réel service en ligne pour vous faciliter la vie quotidienne !

- **Remboursé vite et mieux** :
 - des remboursements rapides, directement virés sur votre compte courant ; pour davantage de simplicité et de rapidité, pensez à nous transmettre votre RIB ou RIP.
 - vos frais d'hospitalisation directement pris en charge par téléphone ou Internet.
 - vos simulations de remboursements pour connaître à l'avance et sur simple appel le montant de vos remboursements.
- **Tout en restant libre** : vous pouvez renoncer à votre contrat sans explication dans les 30 jours qui suivent votre premier paiement (le chèque d'acompte fait office de premier paiement).
- **Pour en savoir plus** : découvrez tous les autres services dont vous bénéficiez en parcourant le guide de l'assuré remis lors de votre adhésion.

L'offre d'APRIL Assurances

Depuis 15 ans, APRIL Assurances développe en véritable spécialiste, des contrats d'assurances de personnes, clairs, performants et modulables. Elle distribue ses produits et services par l'intermédiaire d'un réseau d'assureurs-conseils indépendants sur des marchés ciblés : **la prévoyance, l'habitat et l'entreprise.**

Dans chacun de ces différents domaines, APRIL Assurances apporte une solution adaptée aux besoins exprimés en proposant une palette de garanties en **complémentaire santé, prévoyance, assurance de prêt et offre de crédit.**

La plupart des contrats santé permettent ainsi le remboursement de frais médicaux sans formalités médicales à l'adhésion. Par ailleurs, les contrats en prévoyance couvrent tous les risques de l'existence (arrêt de travail, invalidité, décès) et assurent un complément de revenus sous forme de rente ou de capital. Enfin, les contrats d'assurance de prêt et les offres de financement répondent aux différents profils de l'emprunteur : jeunes, seniors, investisseurs locatifs, chefs d'entreprise et personnes présentant des risques aggravés.

A cette large gamme de contrats, sont associés **de nombreux services** (assistances, dispense d'avance de frais..) qui procurent un confort supplémentaire à l'assuré.

APRIL Assurances en chiffres

Notre Engagement Votre Satisfaction

Une qualité de service certifiée ISO 9001 version 2000

avec une recherche permanente de la satisfaction de nos assurés.



- **800 000 assurés** à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- Un chiffre d'affaires en 2002 de **116,1 millions d'euros**,
- Un réseau de **10 000 assureurs-conseils indépendants** répartis sur l'ensemble du territoire français,
- **Des remboursements en 24 heures** et une prise en charge des dossiers en 12 heures,
- **92 % de nos assurés sont satisfaits** (dont 44 % de très satisfaits) des produits et services APRIL Assurances (Enquête IPSOS. Résultats consolidés 2002),
- **380 collaborateurs.**

Des solutions d'assurance complémentaires

Par l'apport des savoir-faire spécifiques de chacune de ses filiales, APRIL Assurances offre également des solutions d'assurance dans les domaines suivants :

La mobilité : des produits dédiés à l'expatriation, l'impatriation et le voyage garantissant la protection sociale des personnes vivant hors de leur pays d'origine, pour des séjours de courte ou longue durée (étudiants, salariés, travailleurs indépendants, familles en voyage touristique, seniors).

Le patrimoine : des solutions de placement financier (assurance-vie, épargne, retraite, produits de défiscalisation).

L'assurance de biens : des contrats d'assurance pour les particuliers, en automobile et en multirisques habitation.


Siège social - 27 rue Maurice Flandin
BP 3261 - 69403 Lyon Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr



Cachet de l'assureur Conseil



Toutes Cibles

Vous recherchez un contrat avec de bonnes
garanties et un tarif attractif



Vous avez choisi

Balinéa
Santé

La complémentaire santé de toutes les attentes



Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion modification fax transmis le :

n° adhérent :

n° assureur-conseil :

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

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville :	Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. bureau : <input type="text"/> N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (obligatoire) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> Profession exacte du conjoint :
--	--

Les garanties souscrites (1) : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6
 Renfort Optique/Dentaire Médecine Naturelle Si TNS, je souhaite bénéficier de la Loi Madelin (1) oui non

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe (1)	Régime obligatoire (1)				Cotisations
					Salarié	TNS	Agric.	Alsace Moselle	
Adhérent(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ma cotisation de base =€
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROD + 10 % de la cotisation de base +€
1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médec. Nat. +5% de la cotis. de base (sauf niveau 1) +€
2 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ma cotisation mensuelle totale =€
3 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droit d'adhésion (2) + 20 €
4 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte de 45 € minimum =€

Je choisis mon mode de paiement (1)

Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	impossible
Mensuelle	<input type="checkbox"/> (3)	impossible

Au cours du mois précédant la date de prise d'effet de la présente adhésion :
 Avez-vous bénéficié de garanties "complémentaire santé" ? oui non
 Si oui, ces garanties étaient-elles équivalentes ou supérieures ? oui non
 (joindre obligatoirement à cette demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et du tableau de garanties)
 Avez-vous déjà été radié(e) d'un organisme d'assurance ou d'une mutuelle ? oui non
 Si oui, pour quel motif ?
 Date d'effet souhaitée
 (Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances)

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois .

IMPORTANT Si au moins un assuré bénéficie du régime locale Alsace-Moselle, l'ensemble des assurés ne bénéficie pas du Service Paiement Direct.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de la MNIL pour moi-même et mes ayants droits inscrits sur la demande d'adhésion.
 "Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant notice d'information, référencées BAS 02 - 10/02, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances (étant bien entendu que la nullité de l'assurance ou la réduction des garanties pourra être invoquée s'il est fait preuve d'une fausse déclaration). J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires".

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "lu et approuvé"

Fait à

le

Conditions générales

valant notice d'information



Il a été conclu entre l'Association des Assurés d'APRIL Assurances (association loi 1901), située 27 rue Maurice Flandin 69003 LYON et la Mutuelle Nationale Interprofessionnelle Laffite (Mutuelle régie par le Code de la Mutualité) située 21 rue Laffite 75317 Paris Cedex 03, une convention de groupe à adhésion facultative dont la gestion a été confiée à APRIL Assurances.

Cette convention est ouverte aux membres de l'association des Assurés d'APRIL Assurances.

Cette convention est régie par le Code de la Mutualité, les présentes conditions générales, les Certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est la Commission de Contrôle des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance, 25 rue d'Astorg 75008 PARIS.

1. Objet

L'adhésion à la présente convention garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par le Bénéficiaire dans la limite des garanties et du niveau souscrit.

2. Qui peut être assuré ?

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

- résider en France (à l'exclusion des Territoires d'Outre-Mer),
- avoir à l'adhésion un âge inférieur ou égal à celui prévu au tableau des garanties,
- relever d'un régime d'assurance maladie français.

3. Contenu des garanties

Modalités de remboursement :

APRIL Assurances rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un Régime obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont basées sur la valeur du Tarif de convention ou du Tarif d'autorité ou toute autre participation fixée par la réglementation Sécurité sociale en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

Le remboursement est effectué poste par poste selon le niveau choisi, conformément au tableau des garanties.

Si les remboursements du Régime obligatoire sont modifiés au cours de l'année, l'organisme assureur se réserve le droit de conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant ladite modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Plafonds :

Les remboursements sont plafonnés selon le niveau de garantie choisi, conformément aux tableaux des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

Concernant plus particulièrement :

- L'hospitalisation

• **Les séjours hospitaliers en secteur non conventionné** sont remboursés à partir des bases de calcul retenues par le Régime obligatoire.

• Garantie maison de repos et assimilés :

Les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (**à l'exclusion de la thalassothérapie**) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés, les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et sub-

stances analogues, sont pris en charge dans la limite prévue au tableau des garanties en fonction du niveau choisi sur la base de 100% du Tarif de convention y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière** et déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

- La psychiatrie

• **Les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés sont prises en charge dans la limite de 3 consultations par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

• **Toute hospitalisation pour motif psychiatrique en établissements conventionnés est prise en charge dans la limite de 60 jours par Année d'adhésion** sur la base de 100% du Tarif de convention y compris le forfait journalier **à l'exclusion de la chambre particulière** et déduction faite du remboursement du Régime obligatoire.

- Le dentaire

• **Les frais de prothèses dentaires et d'orthodontie refusés** par la Sécurité sociale sont remboursés sur la base du Tarif de convention.

• Forfait soins dentaires hors nomenclature :

Les dépenses liées à la pose d'implants, à des actes de parodontologie ou à la prévention des caries sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.

Pour la mise en œuvre des garanties dentaires ci-dessus mentionnées le bénéficiaire doit, avant d'engager tout traitement, obtenir l'accord du dentiste conseil d'APRIL Assurances. Pour cela, il devra lui adresser, sous pli confidentiel, une demande de prise en charge accompagnée d'un devis détaillé. En cas de contestation, le bénéficiaire pourra mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à l'article 4 des présentes conditions générales.

- L'optique

• Forfait optique

Les verres, montures et lentilles sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi.

Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.

• Forfait opération laser de la myopie :

Les dépenses liées à la chirurgie réfractive par laser pour le traitement de la myopie sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

- Les forfaits

• Forfait cure thermale :

Les frais de cure thermale (pris en charge par le Régime obligatoire) sont remboursés par le forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi. **Il exclut le remboursement de tout autre frais. Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

• Forfait naissance/adoption :

La naissance d'un enfant ou l'adoption font l'objet du versement d'un forfait selon le niveau choisi. Il est versé au Bénéficiaire en cas de naissance d'un enfant et doublé en cas de naissances multiples. **Il exclut le remboursement de tout autre frais**, sauf les dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale ou de complication pathologique et le supplément chambre particulière, qui sont remboursés selon les garanties du niveau choisi. **Si l'Adhérent et son Conjoint sont Bénéficiaires, il n'est versé qu'un seul forfait.**

• Forfait médecines naturelles et vaccins :

Les dépenses liées à des actes d'ostéopathie, de Chiropractie, d'Acupuncture et à la réalisation de vaccins médicalement prescrits et non remboursés par le Régime obligatoire sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

• Forfait soins du dos :

Les frais liés à des actes de manipulation articulaire ou vertébrale pratiqués par un médecin ou un kinésithérapeute immatriculé à la Sécurité sociale sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au

Conditions générales

valant notice d'information

tableau des garanties en fonction du niveau choisi. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

• Forfait visite du sport :

Les dépenses liées aux visites médicales rendues nécessaires par la pratique d'un sport en tant que licencié sont prises en charge dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties en fonction du niveau choisi. **Il n'est versé qu'un seul forfait par Bénéficiaire et par Année d'adhésion.**

Etendue géographique :

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors qu'il y a prise en charge par le Régime obligatoire du Bénéficiaire sauf dispositions contraaires prévues au tableau des garanties. Les prestations sont remboursées en France et en euros.

4. Contrôle des prestations versées

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

5. Expertise

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

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

En cas d'accident ou de maladie atteignant le Bénéficiaire hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

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

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

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

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

6. Règlement des prestations

Les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à APRIL Assurances dans les 3 mois qui suivent le paiement du régime obligatoire ou l'arrivée d'un enfant :

- les décomptes originaux du régime obligatoire (si vous ne bénéficiez pas de la Télétransmission),
- les notes ou factures acquittées (détaillant les actes et prestations réalisés)
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,

- une copie du livret de famille pour le forfait naissance,
- une copie de la licence sportive du Bénéficiaire pour le forfait visite du sport.

7. Cotisations

La cotisation à l'adhésion (taxes actuelles comprises) est fonction de l'âge à l'adhésion de l'Adhérent. L'âge de l'Adhérent est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation évolue contractuellement de :

- 2 % chaque année, jusqu'au 70 ans de l'Adhérent pour les niveaux 1 et 2 et 3 % au-delà de cet âge
- 2 % chaque année, jusqu'au 65 ans de l'Adhérent pour les niveaux 3, 4, 5 et 6 et 3 % au-delà de cet âge

A ces taux, s'ajoute l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'âge, du domicile, de la composition de la famille assurée, du Régime obligatoire et du niveau choisi.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge des Bénéficiaires venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime obligatoire ou en cas de modification dans la situation des Bénéficiaires (la nouvelle cotisation prendra effet à la date d'effet de ladite modification).

En cas de modification du niveau de garantie souscrit, suite à une demande de l'adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge de l'adhérent à la date de prise d'effet de ladite modification.

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

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

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément au Code.

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.

8. Limitations de garanties

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère,
- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires.
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours.
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 3), la thalassothérapie,
- les hospitalisations pour motifs psychiatriques en établissements non conventionnés.

9. Effet, durée et cessation des garanties

9.1 - Date d'effet des garanties :

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

Conditions générales

valant notice d'information

9.2 - Délais d'attente :

9.2.1 – L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion avoir bénéficié de garanties « complémentaire santé » supérieures ou égales au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion, devra joindre à sa demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et des documents indiquant le niveau et le contenu des garanties du précédent contrat. Dans cette hypothèse, aucun délai d'attente ne lui sera appliqué à l'**exception du forfait « naissance/adoption » où il est égal à 9 mois.**

Pour le cas où l'Adhérent ne fournirait pas les documents susmentionnés justifiant le niveau des garanties du précédent contrat, il lui sera appliqué les délais d'attente mentionnés au 9.2.2.

9.2.2 – L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion ne pas avoir bénéficié de garanties « complémentaire santé » supérieures ou égales au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion, se verra appliqué les délais d'attente suivant :

Hospitalisation :

• En cas d'hospitalisation suite à une maladie au cours des 6 premiers mois d'adhésion, le montant garanti pour les honoraires chirurgicaux est plafonné à :

- Pour le niveau 2 : 100% du TC *
- Pour le niveau 3 : 300% du TC *
- Pour le niveau 4, 5 et 6 : 400% du TC*

• En cas d'hospitalisation suite à une maladie ou maternité au cours des 6 premiers mois d'adhésion, les garanties chambre particulière et "accompagnant enfant" des niveaux 5 et 6 sont plafonnées aux montants mentionnés pour le niveau 4 du tableau des garanties.

Honoraires médicaux :

• Les garanties honoraires médicaux des généralistes, spécialistes et paramédicaux des niveaux 5 et 6 sont plafonnés durant les 6 premiers mois d'adhésion à 150% du TC *.

En dentaire :

• Les forfaits prothèses refusées et orthodontie refusée sont plafonnés durant les 6 premiers mois d'adhésion à :

- Pour le niveau 3 : 100% du TC*
- Pour le niveau 4 : 125% du TC*
- Pour le niveau 5 et 6 : 200% du TC*

• Les forfaits prothèses acceptées et orthodontie acceptée des niveaux 5 et 6 sont plafonnés durant les 6 premiers mois d'adhésion à 250% du TC*

En optique :

• Les forfaits optiques des niveaux 5 et 6 sont plafonnés, durant les 6 premiers mois d'adhésion, aux montants mentionnés pour le niveau 4 du tableau des garanties.

En cas de maternité :

• Le forfait naissance s'applique après un délai d'attente de 9 mois.

9.2.3 L'Adhérent ayant déclaré à l'adhésion ne pas avoir bénéficié de garanties « complémentaire santé » au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion, se verra appliqué les délais d'attente suivant :

Hospitalisation :

• En cas d'hospitalisation suite à une maladie au cours des 6 premiers mois d'adhésion, les garanties frais de séjour et honoraires sont limitées à 100% du T.C.*.

• Les garanties chambre particulière et "accompagnant enfant" des niveaux 5 et 6, s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties, en cas d'hospitalisation suite à maladie ou maternité.

Honoraires médicaux :

• Les garanties honoraires médicaux des généralistes, spécialistes et paramédicaux des niveaux 5 et 6 donnent lieu au cours des 6 premiers

mois suivant la date d'effet des garanties à un remboursement des prestations limité à 100 % du T.C*.

En dentaire :

• Les forfaits prothèses refusées et orthodontie refusée donnent lieu au cours des 6 premiers mois suivant la date d'effet des garanties à un remboursement des prestations limité de 100% du T.C*.

• Les forfaits prothèses acceptées et orthodontie acceptée des niveaux 5 et 6 donnent lieu au cours des 6 premiers mois suivant la date d'effet des garanties à un remboursement des prestations limité à 100% du T.C*.

En optique :

• Le forfait optique des niveaux 5 et 6 s'appliquent après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date de prise d'effet des garanties.

En cas de maternité :

- Le forfait naissance s'applique après un délai d'attente de 9 mois.
- Pas de Délai d'Attente pour les enfants à condition qu'ils soient inscrits dans les deux mois qui suivent leur naissance ou leur adoption.
- Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'Accident et pour les garanties optionnelles Renfort Optique et Dentaire et Médecine naturelle.

Ces délais s'appliquent, en cas d'augmentation ou d'adjonction de garantie, aux prestations résultant de cette augmentation ou adjonction et sont décomptés à partir de la date d'effet des garanties mentionnées au certificat d'adhésion.

9.3 - Durée des garanties

Elles sont viagères dès la date d'adhésion.

L'échéance est au 31/12. L'adhésion se renouvelle chaque année par tacite reconduction à compter du 1er janvier suivant la date d'adhésion, pour autant que la convention reste en vigueur.

En cas de cessation d'activité de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, l'organisme assureur s'engage à maintenir aux Bénéficiaires l'intégralité des garanties dont ils bénéficieront à la date de cessation.

9.4 - Cessation des garanties

Les garanties du contrat cessent :

a) en cas de dénonciation de la convention par l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle (dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent),

b) en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins,

c) en cas de non-paiement des cotisations, les garanties étant suspendues 10 jours avant la résiliation (cf. art 7),

d) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire,

e) en cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat.

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

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

Sanctions en cas de fausse déclaration :

Le présent contrat est établi d'après les déclarations des Bénéficiaires.

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

Conditions générales

valant notice d'information

10. Prescription du paiement des prestations

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

Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 6 mois.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Adhérent à APRIL Assurances en ce qui concerne le règlement des prestations, et par APRIL Assurances à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

11. Changement dans la situation de l'assuré

L'Adhérent doit informer APRIL Assurances par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un Bénéficiaire, statut, situation, domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle.

12. Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

13. Informatique et Libertés

Les Bénéficiaires sont protégés par la loi Informatique et Liberté (loi du 6 janvier 1978). En effet, ils peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage d'APRIL Assurances, de la Compagnie, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Ce droit d'accès et de rectification peut-être exercé à l'adresse suivante : APRIL Assurances, 27, rue Maurice Flandin, 69003 LYON.

Votre Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, vous pouvez vous opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de vos décomptes du Régime obligatoire à APRIL Assurances.

Lexique

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

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

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

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

Bénéficiaire : L'Adhérent et éventuellement son conjoint et leurs enfants, ayant droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, admis à l'assurance. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion.

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

Code : Code de la Mutualité.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Assuré.

Délai d'Attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

Maladie : Altération de la santé constatée par une autorité médicale.

Toutefois, sont considérées comme des maladies et non comme des accidents, les affections aiguës ou chroniques telles que lombagos, tour de reins, sciatiques, déchirures, entorses, hernies (sauf si ces affections sont la conséquence directe d'un accident caractérisé).

Régime obligatoire : Le régime de Sécurité sociale français auquel est affilié le Bénéficiaire.

TC (Tarif de Convention) : Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TC * : Tarif de Convention sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire du Bénéficiaire.

TA (Tarif d'Autorité) : Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TR (Tarif de Responsabilité) : Cela vise :

- le Tarif Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

L'offre d'APRIL Assurances

Depuis 15 ans, APRIL Assurances développe en véritable spécialiste, des contrats d'assurances de personnes, clairs, performants et modulables. Elle distribue ses produits et services par l'intermédiaire d'un réseau d'assureurs-conseils indépendants sur des marchés ciblés : **la prévoyance, l'habitat et l'entreprise.**

Dans chacun de ces différents domaines, APRIL Assurances apporte une solution adaptée aux besoins exprimés en proposant une palette de garanties en **complémentaire santé, prévoyance, assurance de prêt et offre de crédit.**

La plupart des contrats santé permettent ainsi le remboursement de frais médicaux sans formalités médicales à l'adhésion. Par ailleurs, les contrats en prévoyance couvrent tous les risques de l'existence (arrêt de travail, invalidité, décès) et assurent un complément de revenus sous forme de rente ou de capital. Enfin, les contrats d'assurance de prêt et les offres de financement répondent aux différents profils de l'emprunteur : jeunes, seniors, investisseurs locatifs, chefs d'entreprise et personnes présentant des risques aggravés.

A cette large gamme de contrats, sont associés **de nombreux services** (assistances, dispense d'avance de frais..) qui procurent un confort supplémentaire à l'assuré.

APRIL Assurances en chiffres

Notre Engagement Votre Satisfaction

Une qualité de service certifiée ISO 9001 version 2000

avec une recherche permanente de la satisfaction de nos assurés.



- **800 000 assurés** à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- Un chiffre d'affaires en 2002 de **116,1 millions d'euros**,
- Un réseau de **10 000 assureurs-conseils indépendants** répartis sur l'ensemble du territoire français,
- **Des remboursements en 24 heures** et une prise en charge des dossiers en 12 heures,
- **92 % de nos assurés sont satisfaits** (dont 44 % de très satisfaits) des produits et services APRIL Assurances (Enquête IPSOS. Résultats consolidés 2002),
- **380 collaborateurs.**

Des solutions d'assurance complémentaires

Par l'apport des savoir-faire spécifiques de chacune de ses filiales, APRIL Assurances offre également des solutions d'assurance dans les domaines suivants :

La mobilité : des produits dédiés à l'expatriation, l'impatriation et le voyage garantissant la protection sociale des personnes vivant hors de leur pays d'origine, pour des séjours de courte ou longue durée (étudiants, salariés, travailleurs indépendants, familles en voyage touristique, seniors).

Le patrimoine : des solutions de placement financier (assurance-vie, épargne, retraite, produits de défiscalisation).

L'assurance de biens : des contrats d'assurance pour les particuliers, en automobile et en multirisques habitation.



Siège social - 27 rue Maurice Flandin
BP 3261 - 69403 Lyon Cedex 03
Fax **04 78 53 65 18** - Internet **www.april.fr**



Cachet de l'assureur Conseil