

NOTICE
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

FRAIS GÉNÉRAUX PERMANENTS APRIL



L'assurance en plus facile.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE p.3

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ? p.4

2. QUE GARANTIT LA CONVENTION FRAIS GÉNÉRAUX PERMANENTS APRIL ? p.5

3. LE CONTENU DES GARANTIES p.5

3.1. LA GARANTIE FRAIS GÉNÉRAUX PROFESSIONNELS PERMANENTS p.5

3.2. GARANTIE CONFORT PSY p.6

3.3. GARANTIES 67+ p.7

4. ÉVOLUTION DES GARANTIES p.7

5. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN OEUVRE LES GARANTIES ? p.8

5.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER p.8

5.2. L'EXPERTISE MÉDICALE p.8

5.3. LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS p.9

5.4. FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE p.9

6. CE QUE L'ADHÉSION NE PREND PAS EN CHARGE – LES EXCLUSIONS p.9

7. A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS L'ADHÉRENT EST GARANTI ? p.10

7.1. MODALITÉS D'ADHÉSION p.10

7.2. PRISE D'EFFET DES GARANTIES p.11

7.3. DÉLAIS D'ATTENTE p.11

7.4. RENONCIATION..... p.11

7.5. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION p.12

7.6. CESSATION DE L'ADHÉSION ET DE VOS GARANTIES..... p.12

8. LA COTISATION p.12

8.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE LA COTISATION ? p.12

8.2. ÉVOLUTION DE LA COTISATION p.13

8.3. PAIEMENT DE LA COTISATION p.13

8.4. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS LA COTISATION ? p.13

8.5. OPTION EXONÉRATION DES COTISATIONS..... p.13

9. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER A NOTRE CONNAISSANCE ?..... p.13

10. PRESCRIPTION p.14

11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ? p.14

12. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL p.15

LEXIQUE..... p.16

PRÉAMBULE

AVEC APRIL, JE COMPRENDS

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la Convention d'assurance de groupe souscrite par l'Association des Assurés APRIL auprès de **FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS**, référencée FRAIS GENERAUX PERMANENTS APRIL n°FID2016P01.

FIDELIDADE – COMPANHIA DE SEGUROS S.A. est une, société anonyme d'assurance régie par la législation portugaise au capital social de 457.380.000 euros, dont la succursale pour la France est sise Tour W - 24^{ème} étage- 102 Terrasse Boieldieu - CS50134, 92085 Paris La Défense Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 413 175 191. Son siège social est situé : Largo de Calhariz, 30 1249-001 Lisbonne - Portugal.

L'organisme chargé du contrôle de FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS S.A. est l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), Avenida da República, 76, 1600-205 Lisboa - Portugal.

FIDELIDADE – COMPANHIA DE SEGUROS S.A. est tenue, à peine de sanction pénale, à un devoir de vigilance, en application des articles L.561-2 et suivants du Code monétaire et financier relatifs aux obligations qui incombent notamment aux entreprises d'assurance en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS est également désignée par le terme «**Organisme assureur**» dans les présentes conditions générales.

Le souscripteur de cette Convention est l'Association des Assurés APRIL - association loi 1901, dont le siège est situé 69439 Lyon Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

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

L'organisme gestionnaire de cette Convention est par délégation de l'Organisme assureur, APRIL Santé Prévoyance – SASU au capital social de 540 640 € 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 : 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

Il est également désigné par le terme «APRIL» ou «Nous» dans la présente Notice.

L'adhésion à cette Convention est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le *Certificat d'adhésion*. Cette Convention et son adhésion sont soumises au droit français 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 cette Convention.

Le terme « Assuré » désigne la personne sur la tête de laquelle repose les garanties de la Convention, elle est inscrite 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.associationdesassuresapril.fr

À NOTER :

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

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ

- › Si l'Adhérent est une personne morale, elle doit avoir établi son siège social en France continentale (c'est-à-dire hors Corse), dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy ou à Saint Martin.
- › Si l'Adhérent et/ou l'Assuré est une personne physique, elle doit :
 - être âgé(e) de 18 ans au moins et de 65 ans au plus (55 ans si l'Adhérent et/ou l'Assuré réside dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy ou à Saint Martin) au 31 décembre de l'année de la date d'effet des garanties,
 - exercer une activité professionnelle non salariée en tant que gérant majoritaire, exploitant agricole, mandataire social, profession libérale, artisan ou commerçant exerçant en entreprise individuelle ou en EIRL (y compris lorsque cette activité est exercée dans le cadre d'un cumul emploi- retraite),
 - résider et exercer son activité professionnelle de manière effective, en France continentale (c'est-à-dire hors Corse), dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy ou à Saint Martin,
 - avoir satisfait aux formalités médicales.

A noter :

L'entreprise Adhérente peut décider d'assurer un de ses salariés. Dans ce cas, ce salarié doit répondre aux mêmes conditions que celles susvisées ci-dessus et il doit s'agir d'un salarié « clé » de l'entreprise. C'est-à-dire que ce salarié doit jouer un rôle déterminant dans le fonctionnement et le développement de l'entreprise, au point que son indisponibilité puisse mettre en cause le bon fonctionnement de celle-ci.

Si l'Adhérent à cette Convention est une personne morale, l'Assuré doit exercer son activité professionnelle au sein de cette personne morale.

Si l'Adhérent à cette Convention est une personne physique, l'Assuré est obligatoirement l'Adhérent.

Conditions de souscription des garanties 67+

Si l'Adhérent et/ou l'Assuré n'est pas à la retraite au 31 décembre de son 67ème anniversaire, il pourra souscrire la garantie Frais Généraux Professionnels Permanents 67+, à laquelle pourra être associée la garantie Confort Psy 67+ s'il en fait la demande, et sous réserve de remplir les conditions requises telles que définies ci-après.

Pour pouvoir souscrire et être assuré au titre de la garantie Frais Généraux Professionnels Permanents 67+ :

- L'Adhérent et/ou l'Assuré doit être âgé de 68 ans au 31 décembre de l'année de la date d'effet de la garantie,
- L'Adhérent et/ou l'Assuré doit être en activité au 31 décembre de son 67ème anniversaire ou en cumul emploi retraite,
- L'Adhérent et/ou l'Assuré doit avoir bénéficié de la garantie Frais Généraux Professionnels Permanents jusqu'au 31 décembre de ses 67 ans,
- L'Adhérent et/ou l'Assuré ne doit pas être en état d'Incapacité temporaire Totale de travail ou percevoir de rente d'invalidité,
- L'Adhérent et/ou l'Assuré doit être à jour de ses cotisations APRIL.

Pour pouvoir souscrire et être assuré au titre de la garantie Confort Psy 67+ :

- L'Adhérent et/ou l'Assuré doit avoir souscrit la garantie Frais Généraux Professionnels Permanents 67+,
- L'Adhérent et/ou l'Assuré doit être en activité au 31 décembre de son 67ème anniversaire ou en cumul emploi retraite,
- L'Adhérent et/ou l'Assuré doit avoir bénéficié de la garantie Confort Psy jusqu'au 31 décembre de ses 67 ans.

Pour pouvoir souscrire les garanties 67+, l'Adhérent et/ou l'Assuré doit avoir accepté la proposition tarifaire qui lui sera adressée.

Sont exclues les professions suivantes : Intermittents du spectacle/artistes, reporters-photographes, activités liées à la sécurité, activités avec usage d'armes, activités avec usage et transport d'explosifs, activités avec usage ou transport de produits radioactifs ou d'agents pathogènes, bûcherons, débardeurs, activités des travaux de la mine ou souterrains ou galeries ou carrières ou cimenteries, activités relatives aux travaux marins, activités liées aux travaux réguliers de grande hauteur ou d'ouvrage d'art, activités relatives à la chasse, guides de haute et moyenne montagne, journalistes, producteurs, arts divinatoires, magnétiseurs, thérapeutes énergétiques, activités foraines, activités du cirque, saisonniers, moniteurs et pilotes d'engins aériens, sportifs professionnels.

Ne sont pas considérés comme des sportifs professionnels au titre de ce contrat les professeurs de sport, les coachs sportifs, entraîneurs et moniteurs de sports.

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non, établies par APRIL dans les informations qui lui seront fournies entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

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 sinistre.

2. QUE GARANTIT LA CONVENTION FRAIS GÉNÉRAUX PERMANENTS APRIL ?

Pendant la période où l'adhésion à cette Convention est en vigueur, l'Adhérent bénéficie, en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, du remboursement de ses Frais Généraux Professionnels Permanents.

Les garanties s'exercent dans le monde entier sous réserve des dispositions de l'article 6 et notamment de celles relatives aux déplacements et séjours professionnels.

3. LE CONTENU DES GARANTIES

3.1 LA GARANTIE FRAIS GÉNÉRAUX PROFESSIONNELS PERMANENTS

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu comme étant en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, c'est-à-dire dans l'impossibilité temporaire complète et continue, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle déclarée à l'adhésion, il sera versé à l'Adhérent, à l'expiration du délai de *Franchise* mentionné au *Certificat d'adhésion*, une indemnisation journalière.

Le montant de l'indemnisation journalière versé correspondra au montant mensuel garanti au prorata temporis du nombre de jours d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré dans le mois concerné. Ce montant est indiqué au *Certificat d'adhésion*, **et ne peut excéder le montant des Frais Généraux Professionnels Permanents encourus par l'Adhérent pendant la période d'arrêt de travail de l'Assuré.**

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie :

- l'Assuré doit exercer, de manière effective au moment de l'arrêt de travail l'activité professionnelle qu'il a déclarée lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion,
- L'arrêt de travail doit entraîner une interruption réelle et complète des occupations professionnelles de l'Assuré qui doit suivre le traitement médical prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.
- L'entreprise, bénéficiaire des garanties, doit être en activité de façon effective.

En cas d'arrêt de travail à *Temps Partiel Thérapeutique* de l'Assuré, il sera versé à l'Adhérent, **pendant six (6) mois maximum au titre d'un même Sinistre, 50% du montant garanti au titre de la garantie Frais Généraux Professionnels Permanents telle que défini ci-dessus, dans la limite de la durée maximale d'indemnisation choisie à l'adhésion.**

Dans tous les cas, l'indemnisation cesse :

- à la date de reprise du travail totale ou partielle de l'Assuré (sauf reprise à *Temps Partiel Thérapeutique*) ;
- pendant la période de congé légal de maternité de l'Assurée (pour les salariés clés) ou la période assimilé pour les non-salariés ;
- à la date de *Consolidation* de l'état de santé de l'Assuré reconnu par un médecin expert indépendant que Nous aurons désigné ;
- à la date fixée par expertise médicale, à partir de laquelle il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'Incapacité Temporaire Totale de travailler (sauf reprise à *Temps Partiel Thérapeutique*) ;
- au terme de la durée maximale d'indemnisation choisie à l'adhésion ou lors de son renouvellement et dont la durée est indiquée sur le *Certificat d'adhésion* ;
- à la date à laquelle l'Assuré cesse définitivement toute activité professionnelle en raison de sa mise à la retraite quel qu'en soit le motif et au plus tard au 31 décembre de l'année de son 67^{ème} anniversaire ;
- si l'Assuré ne fait plus partie de l'effectif de l'entreprise bénéficiaire des garanties;
- en cas de cessation de l'activité professionnelle de l'Adhérent quel qu'en soit le motif.

À NOTER :

A l'adhésion l'adhérent choisit une durée de franchise. En cas d'arrêt de travail de l'assuré, nous indemniserons l'adhérent à partir de la fin de la franchise.

Exemple :

Vous avez souscrit une franchise 30 jours maladie et l'assuré est en arrêt maladie pour 45 jours. Nous commencerons donc à vous indemniser à compter du 31^e jour d'arrêt de travail.

À NOTER :

L'indemnisation est mensuelle mais se calcule en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail de l'assuré.

PRÉCISION :

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

› Les cas de rechute :

Toute *Rechute* dans les deux (2) mois de la reprise de travail 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 la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail soit toujours en vigueur à la date de la *Rechute*.

Dans cette hypothèse, le service des indemnités journalières est repris dès le 1er jour du nouvel arrêt de travail, sans nouvelle application du délai de *Franchise*. Tout nouvel arrêt de travail postérieur à la date de résiliation de l'adhésion ne pourra pas être pris en charge.

› La définition des Frais Généraux Professionnels Permanents :

Il s'agit des frais qui sont habituellement supportés par l'Adhérent pour l'exercice de son activité professionnelle et qui sont les suivants :

- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone, loyers et charges, entretien et réparation, des locaux professionnels,
- les frais de véhicule professionnel,
- les frais de voyages et déplacements,
- les frais de réception, de représentation et de congrès,
- les salaires et les charges afférents aux employés habituels,
- les taxes et impôts professionnels,
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels,
- les coûts de location de matériel et de mobilier
- les pertes par dépréciation des matières consommables,
- les amortissements des équipements,
- le petit outillage,
- les agios sur les découverts bancaires,
- les cotisations syndicales et professionnelles,
- les cotisations sociales et personnelles obligatoires,
- les primes d'assurances,
- les honoraires comptables,
- les frais de fournitures de bureau, frais de documentation, de correspondance et de téléphone, annonces, insertions et publicité,
- les coûts de remplacement correspondant aux frais supplémentaires d'exploitation liés au remplacement de l'Assuré si l'Adhérent fait appel provisoirement à une personne étrangère à son entreprise pour en maintenir l'activité même partiellement.

3.2 GARANTIE CONFORT PSY :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré telle que définie à l'article 3.1, la garantie Confort psy permet, si elle est souscrite, la prise en charge des *Sinistres* résultant et/ou provenant des *Affections* de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, de burn out, 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 et d'un syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces *Affections* sans condition d'*Hospitalisation*.

La garantie Confort psy doit être souscrite au moment de l'adhésion à la Convention en complément de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

En cas de résiliation de cette garantie, l'Adhérent ne pourra plus la souscrire.

Dans tous les cas, l'indemnisation cesse :

- A la date où l'indemnisation au titre de la garantie Frais Généraux Professionnels Permanents cesse.

3.3 GARANTIES 67+ :

3.3.1 Garantie Frais Généraux Professionnels Permanents 67+

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu comme étant en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, c'est-à-dire dans l'impossibilité temporaire complète et continue, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle déclarée à l'adhésion, il sera versé à l'Adhérent, à l'expiration du délai de *Franchise* mentionné au *Certificat d'adhésion*, une indemnisation journalière.

Le montant de l'indemnisation journalière versé sera égal à 50% du montant garanti au titre de la garantie Frais Généraux Professionnels Permanents telle que définie à l'article 3.1 des présentes.

À NOTER :
Dans ce cas aucune nouvelle franchise n'est appliquée.

CONSEIL :
Cette garantie couvre les frais habituellement supportés par l'entreprise, il convient donc de choisir et d'adapter ses garanties en fonction des besoins réels de l'entreprise.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Ce montant est indiqué au *Certificat d'adhésion* et ne peut **excéder le montant des Frais Généraux Professionnels Permanents encourus par l'Adhérent pendant la période d'arrêt de travail de l'Assuré.**

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie :

- L'Assuré doit exercer, de manière effective, au moment de l'arrêt de travail, l'activité professionnelle qu'il a déclarée lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion,
- L'arrêt de travail doit entraîner une interruption réelle et complète des occupations professionnelles de l'Assuré qui doit suivre le traitement médical prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.
- L'entreprise, bénéficiaire des garanties, doit être en activité de façon effective.

Dans tous les cas, l'indemnisation cesse :

- à la date de reprise du travail totale ou partielle de l'Assuré ;
- à la date de *Consolidation* de l'état de santé de l'Assuré reconnu par un médecin expert indépendant que Nous aurons désigné ;
- à la date fixée par expertise médicale, à partir de laquelle il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'Incapacité Temporaire Totale de travailler ;
- au terme de la durée maximale d'indemnisation choisie à l'adhésion ou lors de son renouvellement et dont la durée est indiquée sur le *Certificat d'adhésion* ;
- à la date à laquelle l'Assuré cesse définitivement toute activité professionnelle en raison de sa mise à la retraite quel qu'en soit le motif et au plus tard au 31 décembre de l'année de son 70^{ème} anniversaire ;
- si l'Assuré ne fait plus partie de l'effectif de l'entreprise bénéficiaire des garanties;
- en cas de cessation de l'activité professionnelle de l'Adhérent quel qu'en soit le motif.

3.3.2 Garantie Confort psy 67+ :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, telle que définie à l'article 3.3.1, la garantie Confort psy 67+ permet, si elle est souscrite, la prise en charge des *Sinistres* résultant et/ou provenant des *Affections* de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, de burn out, 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 et d'un syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces *Affections* sans condition d'*Hospitalisation*.

Dans tous les cas, l'indemnisation cesse :

- A la date où l'indemnisation au titre de la garantie Frais Généraux Professionnels Permanents 67+ cesse.

4. ÉVOLUTION DES GARANTIES

Au cours de l'adhésion, l'Adhérent a la possibilité d'augmenter ses garanties Frais Généraux Professionnels Permanents.

Pendant les cinq (5) premières années suivant l'adhésion, aucune nouvelle formalité médicale ne sera demandée à l'Assuré si l'augmentation annuelle de garantie ne dépasse pas 10%.

Au-delà de 10%, en cas d'augmentation de la durée d'indemnisation, ou en cas de diminution de votre *Franchise*, l'Assuré devra simplement Nous confirmer à l'aide de l'attestation que Nous lui transmettrons que son état de santé est inchangé depuis ses dernières déclarations. A défaut de pouvoir remplir les conditions de cette attestation, Nous pourrions demander à l'Assuré de remplir de nouvelles formalités médicales.

Après cinq (5) ans, dans tous les cas, l'Assuré devra accomplir de nouvelles formalités médicales, si l'Adhérent souhaite modifier le montant de sa garantie.

La prise d'effet de cette modification est subordonnée à notre accord exprès matérialisé par l'émission d'un nouveau *Certificat d'adhésion* précisant le nouveau montant des garanties.

En cas d'augmentation du montant de vos garanties au cours de votre adhésion, un nouveau Délai d'attente sera appliqué sur le montant de garantie supplémentaire.

5. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE LES GARANTIES ?

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout arrêt de travail doit Nous être déclaré dans les trente (30) jours qui suivent la fin de la Franchise. De même toute prolongation d'Incapacité de travail doit Nous être communiquée dans les trente (30) jours.

Passé ces délais, l'Adhérent perd ses droits à indemnisation si la déclaration tardive a causé un préjudice à l'Organisme assureur.

Les déclarations de *Sinistres* doivent Nous 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 au médecin conseil.

5.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER :

Dans le cadre de l'exécution de la présente Convention, le médecin conseil d'APRIL pourra demander à l'Assuré ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel.

L'Assuré agissant pour son compte et celui de ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu qu'APRIL Santé Prévoyance 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 soumises au respect du secret professionnel.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Adhérent devra Nous communiquer tous les justificatifs nécessaires à l'instruction de son dossier et notamment :

- la copie de son dernier bilan comptable,
- tout document justifiant du remplacement de l'Assuré durant la période d'arrêt de travail.

Les prestations ayant un caractère indemnitaire, les factures des Frais Généraux Professionnels Permanents pourront être demandées.

D'autre part, les prestations ne pourront être versées que lorsque l'Assuré Nous aura communiqué :

- son avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongations délivrés par le médecin ainsi que les bulletins d'hospitalisation et/ou le certificat médical d'hospitalisation à domicile le cas échéant,
- le certificat médical fourni par APRIL, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant de l'Assuré, indiquant la nature de l'*Accident* ou de la *Maladie* qui justifie l'incapacité, 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*,
- en cas d'*Accident*, une déclaration écrite précisant ses circonstances, 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,
- toutes autres pièces nécessaires que Nous serions amenés à demander.

Seul un dossier complet Nous permettra de prendre en compte la demande d'indemnisation.

5.2 L'EXPERTISE MÉDICALE :

L'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré peut être contrôlé par expertise médicale. **Les décisions prises par les organismes sociaux dont dépend l'Assuré sont inopposables à l'Organisme assureur.**

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

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin que Nous aurons désigné doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. De même l'Assuré ne doit pas entraver le bon déroulement des opérations d'expertise.

Le médecin expert missionné par APRIL sera un médecin indépendant, spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par le médecin de son choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin seront à la charge de l'Adhérent.

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

CONSEIL :
Respectez bien ce délai. C'est à compter de votre déclaration que votre dossier sera étudié et que vous pourrez être indemnisé.

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

À NOTER :
Pour les créateurs qui n'ont pas encore de bilan ou pour les entrepreneurs qui n'ont pas l'obligation d'en établir un, il conviendra de nous adresser la copie de vos factures de frais fixes au moment de l'indemnisation.

À NOTER :
L'état d'incapacité est apprécié par APRIL indépendamment de la prescription d'un arrêt de travail par le médecin de l'assuré.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'Adhérent. Chacune des parties désignera alors un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Si les 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.

Dans cette hypothèse, les parties attendront que le troisième médecin ait déposé son rapport avant de recourir à une éventuelle action judiciaire pour le règlement du litige.

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.

5.3 LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS :

Le paiement des prestations s'effectue après que l'Adhérent Nous ait fourni la copie de son dernier bilan comptable afin que Nous puissions déterminer pour la période relative à l'arrêt de travail de l'Assuré, les Frais Généraux Professionnels permanents de l'Adhérent.

Les sommes dues sont payables après réception et étude du dossier complet par APRIL.

L'indemnisation est payable mensuellement à terme échu à partir de la fin de la période de *Franchise* mentionnée au *Certificat d'adhésion*. La *Franchise* est décomptée à compter du premier (1^{er}) jour d'arrêt de travail.

Particularité : Si durant un arrêt de travail ouvrant droit à garantie, l'Assuré est hospitalisé durant la période de *Franchise*, Nous appliquerons la *Franchise* applicable en cas d'*Hospitalisation* si cette dernière est plus favorable.

Dans ce cas, la *Franchise* sera décomptée à compter du premier jour d'*Hospitalisation*.

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

5.4 FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non, établies par APRIL dans les informations qui lui seront fournies, expose l'Adhérent à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

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.

EXEMPLE :

Vous avez souscrit une franchise 30 jours maladie et 3 jours en cas d'hospitalisation et vous êtes en arrêt maladie pour 20 jours. Dès le 5^e jour d'arrêt l'assuré est hospitalisé pour une durée de 4 jours. Nous commencerons donc à vous indemniser dès la fin de la franchise hospitalisation soit à compter du 8^e jour d'arrêt de travail.

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 auront été versées à l'adhérent.

6. CE QUE L'ADHÉSION NE PREND PAS EN CHARGE – LES EXCLUSIONS

Ne sont jamais garantis au titre de l'adhésion, 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.

La garantie s'exerce cependant sur les conséquences :

- des Affections, Accidents et infirmités qui ont été déclarés lors de la sélection médicale à l'adhésion ou en cours d'adhésion en cas d'ajout ou d'augmentation de garantie(s), sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée au Certificat d'adhésion.
- des Affections, Accidents et infirmités qui ne pouvaient pas faire l'objet d'une déclaration lors de la sélection médicale à l'adhésion, ou en cours d'adhésion en cas d'ajout ou d'augmentation de garantie(s)

Sont également exclus les Sinistres survenus antérieurement à la date de prise d'effet des garanties ou antérieurement à l'expiration du *Délai d'attente*,

- des faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de révolutions, d'insurrections ou coups d'Etat civils ou militaires, de mouvements populaires, quels que soient le lieu et les protagonistes,
- de la participation à une rixe (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme,
- d'une guerre mettant en cause l'Etat Français,

- 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 les 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, ou à l'occasion de votre activité professionnelle.
- des tentatives de suicide ou d'automutilation de l'Assuré,
- des faits causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ou l'Adhérent ou à l'aide de sa complicité,
- des conséquences directes des maladies occasionnées ou aggravées par l'alcoolisme,
- d'accidents de la circulation dont est victime l'Assuré en tant que conducteur d'un véhicule terrestre à moteur sous l'emprise d'un état alcoolique (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du *Sinistre*),
- de l'usage par l'Assuré de stupéfiants, de produits toxiques ou de tranquillisants non prescrits médicalement ou d'hallucinogènes,
- d'un *Accident* résultant de la participation de l'Assuré à un voyage d'exploration ou à une expédition scientifique,
- lors de séjours ou déplacements professionnels à l'étranger, dans les pays ou zones qui, au moment du départ, sont « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raisons impératives » par le Ministère des affaires étrangères, quand bien même l'Assuré a une raison impérative professionnelle de s'y rendre.
- de l'utilisation d'engins aériens privés en qualité de pilote ou passager lors de déplacements professionnels (sauf passager sur avions de lignes commerciales),
- des *Affections* de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, de burn out, 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 et d'un syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces *Affections*, sauf si ces cas donnent lieu à une *Hospitalisation* continue de plus de cinq (5) jours dans un établissement de soins public ou privé,
 - › 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 les garanties Confort psy et Confort Psy 67+ sont garantis pour ces *Affections* sans condition d'*Hospitalisation*.
- des traitements et opérations à but esthétique (sauf si le traitement et/ou l'opération font suite à un *Accident* ou une *Maladie* garanti(e)).
Ne sont pas garantis les séjours en cures d'amaigrissement ou thermales (sauf si elles font suite à un *Accident* ou une *Maladie* garantis), diététiques, de rajeunissement, marines, d'héliothérapie, de thalassothérapie, de sommeil, de désintoxication, de sevrage.
- de la pratique par l'Assuré d'une discipline sportive exercée en qualité de sportif professionnel,
- de la pratique par l'Assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive Française,
- de la participation de l'Assuré à des tentatives de records et/ou essais, des paris ou des *Exhibitions*.
- des risques éventuellement mentionnés au sein des conditions particulières du *Certificat d'adhésion*.

7. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS L'ADHÉRENT EST GARANTI ?

7.1 MODALITÉS D'ADHÉSION

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

Si Vous avez choisi d'adhérer aux Conventions par voie électronique sur le site internet d'APRIL, les documents d'information précontractuelle sont portés à votre connaissance avant la signature électronique de votre demande d'adhésion. En signant électroniquement votre demande d'adhésion, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Aussitôt après la conclusion de Votre adhésion, Vous recevrez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que Vous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par APRIL. Ce courriel contiendra les documents contractuels sur support

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

durable ainsi qu'un lien Vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de ces documents sur votre Espace Assuré.

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

Votre adhésion et celle de l'Assuré aux Conventions est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL. Votre adhésion sera conclue à la date d'émission du Certificat d'adhésion qui Vous sera envoyé sur support durable par courriel ou si Vous en faites la demande sur support papier.

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

7.2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES :

Les garanties prennent effet à la date que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion et au plus tôt :

- au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL, en cas d'adhésion par papier ;
- au lendemain de la date de signature électronique de votre demande d'adhésion, en cas d'adhésion par voie électronique sur le site internet d'APRIL.

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

7.3 DÉLAIS D'ATTENTE :

Il n'y a pas de *Délai d'attente* lorsque l'arrêt de travail est consécutif à un *Accident*.

Un *Délai d'attente* de :

- 90 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une *Maladie* ou *Affection*. Toutefois, ce délai peut être abrogé dans l'hypothèse où l'Adhérent peut justifier avoir bénéficié de garanties antérieures de même nature, résiliées depuis moins de quatre-vingt-dix (90) jours décomptés à partir de la date d'effet de l'adhésion (sauf en cas de résiliation du contrat à l'initiative de l'Organisme assureur pour cause de sinistre).

Dans cette hypothèse, en cas de *Sinistre*, l'indemnité qui sera versée pendant toute la durée de ce *Sinistre*, correspondra au montant garanti par le contrat précédent dans la limite des garanties souscrites lors de la présente adhésion.

À NOTER :
Les délais d'attente sont décomptés à partir de la date d'effet de votre adhésion.

7.4 RENONCIATION :

• Délais de la renonciation

Si Vous avez adhéré aux conventions suite à un démarchage à domicile :

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

Nous portons ce délai de quatorze (14) à trente (30) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, telle que définie à l'article 7.1

Si Vous avez adhéré aux conventions à distance (ou internet) :

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires. Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :

Article L112-2-1 du Code des assurances :

« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, (date d'émission du Certificat d'adhésion)
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ».

• Modalités de la renonciation

Dans tous les cas, pour exercer votre droit à renonciation :

L'adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans les 30 jours suivant la date de réception de son *Certificat d'adhésion*.

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

« Je soussigné(e) M (Nom, Prénom, Adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention FRAIS GÉNÉRAUX PERMANENTS APRIL n°.... que j'ai signée le à (lieu d'adhésion). Fait à le signature ».

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

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

7.5 DURÉE DE VOTRE ADHÉSION :

L'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 FRAIS GÉNÉRAUX PERMANENTS APRIL soit toujours en vigueur.

À NOTER :

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

7.6 CESSATION DE L'ADHÉSION ET DE VOS GARANTIES :

La cessation de l'adhésion met fin à l'ensemble des garanties.

L'adhésion cesse dans les cas suivants :

- En cas de dénonciation de la Convention par l'Association des Assurés APRIL ou par l'Organisme assureur à l'échéance annuelle,
- en cas de résiliation de l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL Santé Prévoyance – 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, au plus tard 2 mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. Vous pouvez également adresser Votre courrier par Lettre Recommandée Electronique adressée à l'adresse suivante : relation.client@april.com.
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues à l'article 8.4 « Que se passe-t-il si vous ne payez pas la cotisation ? »,
- si l'entreprise bénéficiaire des garanties cesse son activité,
- dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable (cf. article 1),
- dès que l'Assuré cesse d'exercer son activité professionnelle au sein de l'entreprise bénéficiaire des garanties,
- en cas de modification des conditions de votre Contrat à l'initiative de l'Assureur. Dans ce cas, Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications, par l'envoi d'un courrier à APRIL à l'adresse susvisée.

À NOTER :

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

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- pour les garanties Frais Généraux Professionnels Permanents et Confort psy : dès que l'Assuré cesse d'exercer toute activité professionnelle en raison de sa mise à la retraite, quelle qu'en soit la cause et au plus tard au 31 décembre de son 67^{ème} anniversaire,
- pour la garantie Frais Généraux Professionnels Permanents 67+ et Confort psy 67+ : dès que l'Assuré cesse d'exercer toute activité professionnelle en raison de sa mise à la retraite, quelle qu'en soit la cause et au plus tard au 31 décembre de son 70^{ème} anniversaire,

En cas de modification de l'activité professionnelle de l'Assuré, l'Organisme assureur peut accepter de maintenir l'adhésion. Dans ce cas un nouveau taux de prime pourra être proposé à l'Adhérent. Si l'Adhérent n'accepte pas ce nouveau taux l'Organisme assureur résiliera l'adhésion moyennant un préavis de 10 jours.

8. LA COTISATION

8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE LA COTISATION ?

La cotisation est fixée en fonction :

- de l'âge de l'Assuré au 31 décembre de chaque année (l'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance),
- de l'activité professionnelle de l'Assuré,
- des *Franchises* et garanties souscrites,
- du montant et de la durée d'indemnisation souscrits,

À NOTER :

Toute modification de l'un des critères peut entraîner un recalcul de votre cotisation.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

- de la qualité de *Créateur ou Repreneur* de l'Assuré,
- des taxes applicables.

8.2 EVOLUTION DE LA COTISATION

La cotisation peut évoluer chaque année au 1^{er} janvier en fonction des résultats du groupe assuré. La composition du groupe assuré tient compte de l'année d'adhésion, de l'âge atteint, de la zone de résidence géographique, de l'activité professionnelle, de la qualité de *Créateur* ou de *Repreneur*, des garanties souscrites.

Tout changement du taux des taxes applicables ou toute instauration de nouvelles impositions applicables à la Convention, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable à la Convention, pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

8.3 PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon la périodicité de paiement choisie lors de l'adhésion.

8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS LA COTISATION ?

A défaut du paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, Nous adressons à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure entraînant un nouveau délai de trente (30) jours à l'expiration duquel les garanties seront suspendues.

Dix (10) jours après l'expiration du délai fixé au paragraphe précédent, l'adhésion sera résiliée de plein droit.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible immédiatement pour l'année entière et pourra être recouvrée par voie judiciaire.

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.

8.5 OPTION EXONÉRATION DES COTISATIONS

Si l'Adhérent a souscrit l'option Exonération, dès lors que l'Adhérent perçoit dans le cadre de son adhésion des prestations au titre des garanties Frais Généraux Professionnels Permanents ou Frais Généraux Professionnels Permanents 67+, le paiement des cotisations relatives à l'ensemble des garanties souscrites est exonéré.

L'exonération cesse à la même date que le versement des prestations versées au titre des garanties Frais Généraux Professionnels Permanents ou Frais Généraux Professionnels Permanents 67+, et au plus tard à la date de cessation de votre adhésion.

À NOTER :

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

À NOTER :

Si vous avez souscrit l'option «Exonération des cotisations» et que la garantie Frais généraux permanents est mise en jeu, vous n'avez pas à payer votre cotisation et ce pendant toute la durée de l'indemnisation de l'arrêt de travail.

9. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER A NOTRE CONNAISSANCE ?

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré, que ce soit lors de l'adhésion ou pendant la durée de celle-ci.

Ainsi, en cours d'adhésion, l'Adhérent et l'Assuré doivent Nous déclarer et Nous communiquer par écrit, dès qu'ils en ont connaissance, tout changement intervenu dans leurs situations, tels que changement ou cessation d'activité professionnelle, de statut professionnel, de catégorie professionnelle, modalité d'exercice de la profession, de résidence.

En Nous communiquant leur adresse électronique, l'Adhérent et l'Assuré ont accepté que les informations relatives à l'exécution de l'adhésion leurs soient transmises à cette adresse. Ils peuvent à tout moment, par écrit, Nous demander de cesser ce mode de communication.

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

CONSEIL :

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

10. PRESCRIPTION

Toute action dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites, selon les dispositions des articles L114-1, L114-2 et L.114-3 du Code des assurances qui prévoient :

À NOTER :
Si vous laissez passer ces délais,
toute action deviendra impossible.

- Article L. 114-1 : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 contre de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

- Article L.114-2 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. ».
- Article L.114-3 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

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

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

11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, l'Adhérent peut contacter son conseiller habituel, soit par téléphone au 09 74 50 20 20, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » depuis son Espace Assuré.

Si la réponse ne lui satisfait pas, l'Adhérent peut adresser sa 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).

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

Médiation :

Fidelidade - Companhia de Seguros SA adhère à la charte de la médiation permettant aux Adhérents et aux tiers de bénéficiaire, soit au niveau de l'entreprise, soit au niveau de la Fédération Française de l'Assurance, d'une procédure de médiation pour le règlement de leur litige.

Si un désaccord subsistait, l'Adhérent ou le(s) bénéficiaire(s) aura(ont) la faculté de faire appel, avant tout recours judiciaire, et ceci sans préjudice d'exercer postérieurement des autres voies d'actions légales, à la Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance - TSA50110 – 75441 PARIS CEDEX 09

Le médiateur peut être saisi dans un délai d'un (1) an, conformément à l'article L612-2 du Code de la consommation.

Si l'Adhérent a adhéré aux présentes Conventions à distance par Internet, il pourra également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : [http : //ec.europa.eu/consumers/odr/](http://ec.europa.eu/consumers/odr/).

Attention : plusieurs médiateurs peuvent être compétents et, dans tous les cas, le médiateur n'intervient que si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

Nous vous conseillons donc de toujours vous adresser au préalable à notre Service Réclamations qui vous orientera au mieux.

Site Internet : www.mediation-assurance.org.

12. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL Santé Prévoyance, y compris les données de santé, sont indispensables au traitement de la demande d'assurance. Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations. L'étude de la demande d'assurance est également réalisée sur la base de données qualifiées communiquées par un prestataire spécialisé à partir desquelles une décision automatisée est prise.

Par ailleurs, APRIL Santé Prévoyance met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL Santé Prévoyance met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL Santé Prévoyance en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL Santé Prévoyance soit par courrier à l'adresse suivante : Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 soit par mail à dpo.asp@april.com ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr, ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

LEXIQUE

Accident :

L'*Accident* garanti est un événement répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- événement survenu pendant la période de garantie,
- événement non intentionnel de la part de l'Assuré,
- événement provenant de l'action brusque, soudaine, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure,
- événement entraînant un dommage corporel pour l'Assuré.

Ne sont pas considérées comme des Accidents et sont donc considérées comme des Maladies, les Affections suivantes: lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales) alors même que ces affections seraient d'origine traumatique.

Affection :

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

Certificat d'adhésion :

Document qui est remis à l'Adhérent, confirmant son adhésion à la Convention FRAIS GENERAUX PERMANENTS APRIL et qui précise notamment : la durée des *Franchises*, les garanties souscrites, leur date d'effet et leur montant, les durées d'indemnisation.

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.

Créateur :

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

Délai d'attente :

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

Tout Sinistre survenu pendant ce délai est exclu des garanties.

Exhibition :

Manifestation à caractère spectaculaire dont le résultat n'a pas de valeur de classement.

Franchise :

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

Hospitalisation :

Tout séjour, d'au moins vingt-quatre (24) heures consécutives, dans un établissement hospitalier de soins public ou privé (un hôpital ou une clinique habilités à pratiquer des actes et des traitements médicaux ou chirurgicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire).

Est également considérée comme une *Hospitalisation* tout séjour dans un établissement de soins public ou privé inférieur à 24 heures continues (*Hospitalisation ambulatoire*) et les *Hospitalisations* à domicile (H.A.D.) prises en charge par la Sécurité Sociale.

Lettre Recommandée Electronique :

Pour être conforme et recevable, une *Lettre Recommandée Electronique* doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier le tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire, de respecter l'intégrité des données transmises et d'établir si le document a été déposé et remis au destinataire conformément aux dispositions de l'article L. 100 du Code des Postes et des Communications Electroniques.

Maladie :

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

Rechute :

Est considérée comme une rechute tout nouvel arrêt de travail résultant de l'*Affection* initial, toute aggravation de l'*Affection* initiale ou toute apparition d'une nouvelle *Affection* résultant du *Sinistre* initial.

Repreneur :

Personne qui a acquis le statut de travailleur non salarié suite à la reprise d'une entreprise ou suite à la modification de forme sociale de son entreprise, depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au *Certificat d'adhésion*.

Est également considérée comme repreneur le travailleur non salarié qui a repris une entreprise en qualité de travailleur non salarié depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au *Certificat d'adhésion*.

Résidence :

Lieu de résidence fiscale de l'Adhérent/Assuré où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels et où il habite habituellement et effectivement avec sa famille pendant au minimum 6 mois au cours d'une année civile.

Sinistre :

Evénements donnant lieu à garantie au titre de l'adhésion à la convention FRAIS GENERAUX PERMANENTS APRIL : Incapacité Temporaire Totale de travail.

Temps Partiel Thérapeutique (ou mi-temps thérapeutique) :

Arrêt de travail à temps partiel pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant.

EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL

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

MIS À JOUR AU 17 AVRIL 2018

ARTICLE 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

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

ARTICLE 5. COMPOSITION

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE ADHÉRENT

La qualité de membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;

- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

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

ARTICLE 8. OPPOSABILITÉS AUX MEMBRES ADHÉRENTS

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

ARTICLE 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

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

ARTICLE 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

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

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

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

ARTICLE 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

> 1. Assemblées Générales

1.1. Assemblée Générale Ordinaire

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

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

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

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

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

1.2. Assemblée Générale Extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

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

› 2. Convocation

2.1. Convocation aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

› 3. Droit de vote

3.1. Droit de vote aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

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

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

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

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

3.1.1 Assemblée Générale Ordinaire

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

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

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

3.1.2 Assemblée Générale Extraordinaire

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

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

› 4. Tenue des Assemblées

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

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

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

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

4.1. Tenue des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

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

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

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

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

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

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

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

FRAIS DE GESTION

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

- › Frais de dossier : 20 €.
- › Avenant au contrat : 10 €.
- › Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- › Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- › Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.
- › Relevés des prestations :
 - Si vous avez opté pour un virement automatique et un relevé mensuel : gratuit.
 - Si vous avez opté pour un remboursement par chèque : 0,76 € /relevé.

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

april | santé prévoyance

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

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances
Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr).
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par FIDELIDADE.



L'assurance en plus facile.