

frais généraux permanents APRIL

Notice

(valant conditions générales)



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	p.3
1 - QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?	p.3
2 - QUE GARANTIT LA CONVENTION FRAIS GENERAUX PERMANENTS APRIL ?	p.4
3 - LE CONTENU DES GARANTIES	p.4
3.1 LA GARANTIE FRAIS GÉNÉRAUX PROFESSIONNELS PERMANENTS	P.4
3.1.1 LA DÉFINITION DES FRAIS GÉNÉRAUX PROFESSIONNELS PERMANENTS	P.5
3.2 LA GARANTIE ASSISTANCE INTÉRIM	P.5
4 - EVOLUTION DES GARANTIES	p.6
5 - QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN OEUVRE LES GARANTIES ?	p.6
5.1 LA GARANTIE FRAIS GÉNÉRAUX PROFESSIONNELS PERMANENTS	P.6
5.1.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.6
5.1.2 L'EXPERTISE MÉDICALE	P.7
5.1.3 LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	P.7
5.2 LA GARANTIE ASSISTANCE INTÉRIM	P.8
5.3 FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE	P.8
6 - CE QUE VOTRE ADHESION NE PREND PAS EN CHARGE	p.8
7 - A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS L'ADHERENT EST GARANTI ?	p.9
7.1 DATE D'EFFET DE VOS GARANTIES	P.9
7.2 ETATS ANTÉRIEURS	P.9
7.3 DÉLAIS D'ATTENTE	P.10
7.4 DURÉE DE VOS GARANTIES	P.10
7.5 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	P.10
8 - VOTRE COTISATION	p.10
8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE LA COTISATION ?	P.10
8.2 EVOLUTION DE LA COTISATION	P.11
8.3 PAIEMENT DE LA COTISATION	P.11
8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS LA COTISATION ?	P.11
8.5 EXONÉRATION DE LA COTISATION	P.11
9 - QUELLES INFORMATIONS DEVEZ VOUS PORTER A NOTRE CONNAISSANCE ?	p.11
10 - PRESCRIPTION	p.11
11 - QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?	p.12
LEXIQUE	p.13

PREAMBULE

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 d'APRIL auprès d'ACE Group, référencée FRAIS GENERAUX PERMANENTS APRIL n° BOPA09885.

L'Organisme assureur de cette convention est ACE Group, succursale en France de la compagnie d'assurance de droit anglais ACE European Group Limited au capital de 544 741 144 livres sterling, dont le siège social est situé : Le Colisée 8, avenue de l'Arche, 92419 COURBEVOIE Cedex. En application des règles communautaires de la liberté d'établissement, l'Organisme assureur est soumis au contrôle de l'autorité de contrôle des assurances du Royaume-Uni : Prudential Regulation Authority (PRA) et Financial Conduct Authority (FCA), 20 Moorgate – London EC2R6DA UK.

ACE Group est désigné par le terme l'« Organisme assureur » dans la présente Notice.

Les prestations d'assistance sont fournies par AXA Assistance France, entreprise régie par le Code des assurances -SA au capital de 26 840 000 euros dont le siège est situé 6, rue André Gide, 92 321 Châtillon Cedex, RCS Nanterre : 311 338 339.

AXA Assistance France est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution : 61, rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

Le souscripteur de cette Convention est l'Association des Assurés d'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 d'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 – SA au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 – n° ORIAS 07 002 609. Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution : 61 rue Taitbout, 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.

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 italique est défini(e) au Lexique.

1 - QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?

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 âgée de 18 ans au moins et de 65 ans au plus (45 ans si l'Adhérent et/ou l'Assuré réside dans un Département et Région d'Outre-Mer (hors Mayotte), 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, profession libérale, artisan ou commerçant exerçant en entreprise individuelle ou en EIRL,

AVEC APRIL, JE COMPRENDS

À NOTER :

En adhérant à ce contrat vous devenez membre d'une association pouvant vous venir en aide en cas de détresse à l'aide de son fonds social. Vous pouvez consulter les statuts sur son 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.

- résider et exercer son activité professionnelle de manière effective, sans aménagement du temps /et ou des conditions de travail pour raison de santé, en France continentale (c'est-à-dire hors Corse), dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélémy 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, qu'il 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'Adhèrent à cette Convention est une personne morale, l'Assuré doit exercer son activité professionnelle au sein de cette personne morale.

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

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

2 - QUE GARANTIT LA CONVENTION FRAIS GENERAUX PERMANENTS APRIL ?

Pendant la période où l'adhésion à cette Convention est en vigueur, l'Adhèrent bénéficie, en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail de l'Assuré, du remboursement de ses Frais Généraux Professionnels Permanents et d'une garantie « Assistance Intérim ».

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), APRIL reconnaît l'Assuré 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'Adhèrent, à l'expiration du délai de *Franchise* mentionné au *Certificat d'adhésion*, une indemnisation journalière.

Le montant de l'indemnisation journalière versé correspondra à 1/30^e du montant garanti, indiqué au *Certificat d'adhésion*, sans que cette indemnité ne puisse excéder le montant des **Frais Généraux Professionnels Permanents encourus par l'Adhèrent pendant la période d'arrêt de travail de l'Assuré.**

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie :

- L'Assuré doit exercer au moment de l'arrêt de travail l'activité professionnelle qu'il a déclaré lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, sans aménagement de temps et/ou des conditions de travail pour raison de santé et exercer de manière effective son activité professionnelle.
- 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.

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.

À NOTER :

Pour connaître la nature des frais pris en charge au titre de votre adhésion, il vous suffit de vous reporter au paragraphe 3.1.1.

À NOTER :

A l'adhésion l'adhèrent choisit une durée de franchise. En cas d'arrêt de travail de l'assuré, nous indemniserons l'adhèrent 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.

Dans tous les cas, l'indemnisation cesse :

- en cas de reprise du travail totale ou partielle de l'Assuré;
- pendant la période de congé légal de maternité de l'Assurée ou la période assimilée pour les non salariés ;
- à la date de *Consolidation* de l'état de santé de l'Assuré reconnu par un médecin expert que Nous aurons désigné ;
- en raison d'expertise médicale s'il est établi que l'Assuré n'est pas en 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 67^e 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.

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 1^{er} 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.

3.1.1 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 des crédits-baux,
- 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'assurance,
- 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 La garantie Assistance Intérim :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail de l'Assuré, à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), ACE Assistance interviendra à l'expiration du délai de *Franchise*, sur simple appel téléphonique de l'Adhérent, dans la recherche d'un remplaçant auprès des agences locales de travail temporaires afin que l'Adhérent puisse continuer l'exploitation de son activité professionnelle.

Le choix de missionner le personnel intérimaire et d'établir le contrat d'embauche reste du ressort de l'Adhérent et la mise à disposition de ce personnel intérimaire reste soumise aux contraintes et disponibilités de l'agence locale de travail temporaire.

PRÉCISION :

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

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.

À NOTER :

Cette garantie d'assistance à pour but de faciliter vos démarches dans la recherche d'un remplaçant. Sur simple appel téléphonique ACE Assistance prendra contact avec des agences d'intérim afin de faciliter votre mise à disposition d'un intérimaire. La décision finale de missionner cette personne reste à votre entière appréciation. Dans le cadre de cette garantie Ace Assistance ne prend pas en charge les frais liés à l'emploi du personnel intérimaire.

4 - EVOLUTION DES GARANTIES

Au cours de l'adhésion l'Adhérent a la possibilité d'augmenter le montant de sa garantie 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%, 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.

Après cinq (5) ans, 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.

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

5.1 La garantie Frais Généraux Professionnels Permanents :

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.

5.1.1 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 droits, 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 certifié connu,
- 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*,

CONSEIL :
Respecter 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.

- 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) 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.

5.1.2 L'expertise médicale :

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

Nous nous réservons le droit de faire expertiser l'Assuré par un médecin de notre choix, à tout moment.

APRIL se réserve le droit de Vous faire expertiser par un médecin de son choix, à tout moment. Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin que Nous aurons désigné doit avoir libre accès auprès de Vous afin de pouvoir constater votre état.

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.

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. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin 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.

5.1.3 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 connu certifié 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, l'assuré est hospitalisé durant la période de *Franchise*, Nous appliquerons la *Franchise Hospitalisation* si cette dernière est plus favorable.

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

En cas d'*Accident* ou de *Maladie* atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de *Franchise* ne pourra pas avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale en France. L'Assuré sera tenu de faire éléction de domicile 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 pour les expertises et contestations d'ordre médical.

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.

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.

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 de 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.

5.2 La garantie Assistance intérim

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, l'Adhérent doit informer ACE Assistance de tout dommage pouvant mettre en jeu la garantie Assistance intérim dans les cinq (5) jours qui suivent sa survenance.

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

Pour que les prestations d'assistance soient mises en œuvre l'Adhérent doit au préalable prendre contact avec les services d'ACE Assistance par téléphone, au numéro qui lui a été communiqué avec le *Certificat d'adhésion*.

Aucune prestation d'assistance ne pourra être mise en jeu sans information préalable d'ACE Assistance et accord préalable de ce dernier matérialisé par l'émission d'un numéro de dossier.

5.3 Fausse déclaration en cas de sinistre

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

À NOTER :

Il s'agit du numéro de téléphone et des références qui vous ont été adressés avec votre certificat d'adhésion.

CONSEIL :

Pour pouvoir mettre en œuvre votre garantie Assistance Intérim, n'oubliez pas de contacter au préalable ACE Assistance.

6 - CE QUE VOTRE ADHESION NE PREND PAS EN CHARGE - LES EXCLUSIONS

Ne sont jamais garantis au titre de l'adhésion, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des suites et conséquences des *Affections, Maladies, Accidents* et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'émission du *Certificat d'adhésion*, si ces *Affections, Maladies, Accidents, infirmités* ont fait l'objet d'un traitement et/ou d'un suivi et/ou d'une surveillance médicale au cours des cinq (5) dernières années qui précèdent votre adhésion. 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, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, de mouvements populaires ou de rixes (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), quels qu'en soient le lieu et les protagonistes,
- 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 defectueux 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,

- 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 de l'alcoolisme de l'Assuré,
- 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,
- des séjours professionnels de l'Assuré à l'étranger (déplacements compris) à l'exception des déplacements professionnels au sein de l'Union Européenne, aux Etats-Unis, au Canada, au Japon, en Australie, Suisse, Nouvelle-Zélande, sauf s'ils ont été déclarés lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, et qu'ils ont fait l'objet d'une demande d'une proposition tarifaire qui a été acceptée par l'Adhérent,

- de l'utilisation d'engins aériens privés en qualité de pilote ou passager (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, 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,
- des cures de toute nature mêmes prescrites médicalement et mêmes effectuées en établissement hospitalier ou lors de séjours en maison de repos,
- de la pratique des sports professionnels (ne sont pas visés les professeurs de sports, coachs sportifs, entraîneurs et moniteurs de sports sauf lorsqu'ils participent à des courses ou des compétitions),
- de la pratique du saut à l'élastique, du ski et/ou du surf hors du domaine balisé et ouvert au public.

La pratique des activités suivantes, même en qualité d'amateur avec ou sans licence, est exclue sauf si Vous Nous l'avez déclarée lors de votre adhésion ou au cours de votre adhésion et qu'elle a fait l'objet d'une proposition tarifaire de l'Organisme assureur que Vous avez acceptée :

- Tout sport équestre dès lors que la pratique se déroule dans le cadre de compétition, match, entraînement, paris,
- Tout sport nécessitant l'usage d'un véhicule à moteur dès lors que la pratique se déroule dans le cadre de compétition, entraînement, essai, paris,
- Tout sport aérien (à voile, aile ou à moteur) sauf dans le cadre de baptême encadré par un moniteur diplômé d'état,
- Sport de plongée avec équipement autonome sauf dans le cadre de baptême encadré par un moniteur diplômé d'état,
- L'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, l'escalade au-delà du niveau 5, le rafting, le canyoning et la spéléologie,
- des risques éventuellement mentionnés au sein des conditions particulières du *Certificat d'adhésion*.

7- A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS L'ADHERENT EST GARANTI ?

7.1 Date d'effet de vos garanties :

L'adhésion est soumise à l'acceptation d'APRIL, à l'encaissement effectif de la première cotisation par APRIL et se concrétise par l'émission d'un *Certificat d'adhésion*.

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le *Certificat d'adhésion*. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de votre demande d'adhésion par APRIL.

7.2 Etats antérieurs :

Les garanties s'exercent uniquement sur les conséquences des Accidents survenus après la date d'émission du *Certificat d'adhésion*, et des Maladies ou Affections dont la première constatation médicale est postérieure à cette date.

Elles peuvent s'exercer également sur les conséquences des infirmités existant au moment de l'adhésion, des Accidents survenus avant l'adhésion, et des Maladies ou Affections dont la première constatation médicale est antérieure à cette date d'effet, à condition :

- que ces infirmités, *Accidents*, *Maladies* ou *Affections* n'aient pas fait l'objet d'un traitement et/ou d'un suivi et/ou d'une surveillance médicale au cours des cinq (5) dernières années qui précèdent l'adhésion, ou
- que ces infirmités, *Maladies*, *Affections* ou *Accidents* aient été déclarés à l'adhésion et qu'ils aient fait l'objet d'une proposition tarifaire que l'Assuré a acceptée.

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

- 3 mois 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 équivalentes, résiliées depuis moins de trois (3) mois décomptés à partir de la date d'effet de votre 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.

7.4 Durée des garanties :

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 GENERAUX PERMANENTS APRIL soit toujours en vigueur.

7.5 Cessation de l'adhésion :

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

L'adhésion cesse :

- En cas de dénonciation de la Convention par l'Association des Assurés d'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 au plus tard le 31 octobre de chaque année,
- 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,
- lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations, c'est-à-dire lorsqu'il 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^e 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 - VOTRE 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,
- des taxes applicables.

À NOTER :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

À NOTER :

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

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, 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 Exonération de la cotisation :

Dès lors que l'Adhérent perçoit dans le cadre de son adhésion des indemnités journalières au titre de la garantie Incapacité temporaire totale de Travail, le paiement des cotisations relatives à cette garantie est exonéré.

L'exonération cesse à la même date que le service des prestations et au plus tard à la date de cessation de l'adhésion.

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

À NOTER :
Si la garantie Frais généraux permanent est mise en jeu, vous n'avez pas à payer votre cotisation et ce pendant toute la durée d'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, tout séjour ou déplacement professionnel à l'étranger (hors Union Européenne, Australie, Etats-Unis, Canada, Japon, Suisse, Nouvelle- Zélande).

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

Conformément aux dispositions des articles L114-1 et L114-2 et L 114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1 - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2 - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

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

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

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

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

11 - QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?

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

Si la réponse ne le 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).

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

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

L'Adhérent est tenu de faire élection de domicile en France continentale pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un *Sinistre*.

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 traitées selon les mêmes modalités que les *Maladies*, les *Affections* suivantes : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales alors même que ces *Affections* seraient d'origine traumatique), accident vasculaire cérébral, malaises cardiaques, infarctus du myocarde, attaques et hémorragies cérébrales.

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, telle qu'aucune amélioration n'est plus envisageable et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'invalidité permanente et de chiffrer son taux.

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.

Franchise :

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

Hospitalisation :

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.

Maladie :

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

Rechute :

Aggravation de l'*Affection* initiale ou apparition d'une nouvelle *Affection* résultant du *Sinistre* initial.

Sinistre :

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

EXTRAIT DES STATUTS ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL

« Association 3A »

Association régie par La loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 Août 1901
Immatriculée à la Préfecture du Rhône sous le n° W691060414
Siège social : 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03

Les statuts complets et le règlement intérieur sont consultables à l'adresse suivante :
www.associationdesassuresapril.fr.

ARTICLE 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

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

ARTICLE 5. COMPOSITION

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

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

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

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

ARTICLE 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La qualité de membre se perd :

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

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

ARTICLE 8. OPPOSABILITÉS AUX 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 Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

ARTICLE 9. RESSOURCE DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

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

ARTICLE 11. FONDS D'ACTION SOCIAL

Il est institué la création d'un Fonds d'Action Sociale destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés, prévues ou non aux contrats collectifs d'assurances souscrits par l'Association.

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

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

ARTICLE 13. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

1. Convocation

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

Les Assemblées générales se composent de tous les membres de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

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

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

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

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration. Elles sont faites au moins soixante jours avant la tenue de l'Assemblée Générale.

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

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

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

2. Droit de vote

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

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

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

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

3. Tenue des Assemblées

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

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des adhérents présents ou représentés.

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

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

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

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

april | santé prévoyance

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

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



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.