

Adhésion
immédiate
chez votre
courtier



[L'Assurance de prêt] Particulier

Demande d'adhésion 2007

ADP Moov'

[des solutions] pour les jeunes emprunteurs jusqu'à 35 ans



*Garanties tout en un :
décès+arrêt de travail,
pour assurer de 16 000
à 230 000 € de capital
maximum par personne*

*Complémentaire Chômage
en option*

AS
DU GRAND LYON

Alain HABBULOGLU
Diplômé de l'Institut des Techniques d'Assurances

april
ASSURANCES

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

 n° de l'assureur-conseil n° adhérent

 fax transmis le

 Etes-vous déjà assuré chez APRIL Assurances ? oui non

Cachet et visa de l'assureur-conseil :

Nom de la personne en charge du dossier :

Tel :

Mail :

Assuré 1 / Adhérent : M. Mme. Mlle.

Nom : Prénom : Date de naissance :

Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années ? oui non

Profession exacte :

Cadre / Ass.Cadre / Prof.Libérale Non Cadre Commerçant / Artisan Interimaire / Saisonnier Exploitant Agricole Autre :

Effectuez-vous plus de 15 000 km par an à titre professionnel (en véhicule terrestre à moteur, hors trajet domicile / travail) oui non

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail* ? oui non

*Toutes activités quotidiennes de manipulation et/ou déplacement d'objets/marchandises de plus de 15 kg.

 Adresse actuelle pour les correspondances :

 Code Postal : Ville : Email :

 Tél portable (ou bureau) : Tél domicile : Date prévue de déménagement :
Adresse future :

 Code Postal : Ville :

Assuré 2 : M. Mme. Mlle.

Nom : Prénom : Date de naissance :

Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années ? oui non

Profession exacte :

Cadre / Ass.Cadre / Prof.Libérale Non Cadre Commerçant / Artisan Interimaire / Saisonnier Exploitant Agricole Autre :

Effectuez-vous plus de 15 000 km par an à titre professionnel (en véhicule terrestre à moteur, hors trajet domicile / travail) oui non

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail* ? oui non

*Toutes activités quotidiennes de manipulation et/ou déplacement d'objets/marchandises de plus de 15 kg.

Caractéristiques de l'assurance : Garanties Décès/PTIA - Arrêt de travail (ITT/IPT) - Franchise ITT de 90 jours			
Taux de couverture de l'Assuré 1	Taux de couverture de l'Assuré 2	Date souhaitée de début d'assurance(1)	Montant global de la cotisation indiqué sur l'étude personnalisée
.....%%	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>€
Frais d'adhésion : 20 €(2)		Paielement de la cotisation par prélèvement mensuel le 7 de chaque mois	Frais d'échéance : 1 €/mois

Caractéristiques du (des) prêt(s) : Attention : la somme des capitaux assurés par personne (montants empruntés x taux de couverture) ne peut excéder 230 000 €					
Objet du financement :					
<input type="checkbox"/> Résidence principale <input type="checkbox"/> Prêt professionnel <input type="checkbox"/> Prêt à la consommation <input type="checkbox"/> Autre					
Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé qui ne peut excéder 36 mois)	Date de déblocage des fonds	Taux d'intérêt
1 €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> autre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>% <input type="checkbox"/> fixe <input type="checkbox"/> variable
2 €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> autre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>% <input type="checkbox"/> fixe <input type="checkbox"/> variable

 Je fais d'autres emprunts : je remplis la fiche "Prêts supplémentaires"

Important

Pour les prêts de type "autre" (en particulier : prêt à déblocages successifs, à paliers, à intérêts capitalisés, à mensualités non constantes, modulable, Europlan, crédit bail...), merci de fournir une copie du tableau d'amortissement, ou à défaut une copie de l'offre de prêt.

Organisme prêteur : Adresse :

..... Code Postal : Ville :

Tél portable (ou bureau) : Fax : Email :

Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse, nous l'indiquer :

..... Code Postal : Ville :

(1) elle correspond au jour de la signature de l'offre de prêt. Si vous ne la connaissez pas précisément, fixez la une quinzaine de jours avant la date prévisible. En l'absence de date, nous ferons démarrer vos garanties le lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances sous réserve d'acceptation du risque par APRIL Assurances.

(2) ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant chez APRIL Assurances.

n° adhérent

Complémentaire Chômage

Important

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PROPOSITION TARIFAIRE RÉALISÉE SUR INTRAPRIL.

Vos garanties :

- Une indemnité mensuelle forfaitaire de 50 % du montant des échéances de vos prêts amortissables ; en cas de chômage total pendant une durée maximale d'indemnisation de 18 mois.

Exemple : Marie, 25 ans, a obtenu un bac + 2 et travaille dans l'industrie en CDI depuis plus de 5 ans.
Les mensualités de son prêt s'élèvent à 650 €, le montant garanti est donc de 325 €.
Sa Complémentaire Chômage lui coûtera 9,53 €/mois.

- Le versement d'un capital complémentaire de 1 500 € à l'issue de la durée maximale d'indemnisation prévue au contrat.

Assuré 1 / Adhérent	Assuré 2 / Adhérent
L'option Complémentaire Chômage est valable uniquement pour les prêts amortissables à échéances constantes avec différé d'amortissement inférieur ou égal à 36 mois : Mensualité globale du(des) prêt(s) amortissable(s) : € Durée du prêt amortissable le plus long : mois	L'option Complémentaire Chômage est valable uniquement pour les prêts amortissables à échéances constantes avec différé d'amortissement inférieur ou égal à 36 mois : Mensualité globale du(des) prêt(s) amortissable(s) : € Durée du prêt amortissable le plus long : mois
J'atteste sur l'honneur : • Occuper un emploi salarié depuis plus d'un an chez le même employeur. • Exercer cet emploi à l'heure actuelle dans le cadre d'un contrat à durée indéterminé. • Date d'embauche en CDI chez mon employeur actuel : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	J'atteste sur l'honneur : • Occuper un emploi salarié depuis plus d'un an chez le même employeur. • Exercer cet emploi à l'heure actuelle dans le cadre d'un contrat à durée indéterminé. • Date d'embauche en CDI chez mon employeur actuel : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
• Si le CDI est consécutif à une période de CDD ou d'intérim sans interruption, date de début de CDD ou intérim : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • Exercer une activité professionnelle sans aménagement du temps de travail et/ou de condition de travail. • Ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de pré-retraite, ou en période d'essai, ou de chômage partiel. • Mon secteur d'activité : <input type="checkbox"/> industrie <input type="checkbox"/> construction <input type="checkbox"/> commerce/service/transports • Mon niveau d'étude : <input type="checkbox"/> < BAC <input type="checkbox"/> BAC/BAC+1 <input type="checkbox"/> BAC+2/+3/+4 <input type="checkbox"/> BAC+5 • Mon ancienneté dans mon entreprise actuelle : <input type="checkbox"/> supérieure à 5 ans <input type="checkbox"/> inférieure à 5 ans	• Si le CDI est consécutif à une période de CDD ou d'intérim sans interruption, date de début de CDD ou intérim : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • Exercer une activité professionnelle sans aménagement du temps de travail et/ou de condition de travail. • Ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de pré-retraite, ou en période d'essai, ou de chômage partiel. • Mon secteur d'activité : <input type="checkbox"/> industrie <input type="checkbox"/> construction <input type="checkbox"/> commerce/service/transports • Mon niveau d'étude : <input type="checkbox"/> < BAC <input type="checkbox"/> BAC/BAC+1 <input type="checkbox"/> BAC+2/+3/+4 <input type="checkbox"/> BAC+5 • Mon ancienneté dans mon entreprise actuelle : <input type="checkbox"/> supérieure à 5 ans <input type="checkbox"/> inférieure à 5 ans
Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité, n'avoir rien omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur et déclare être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité du contrat en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances. Je demande mon adhésion au contrat Complémentaire Chômage assuré par Axéria Iard. Je déclare avoir pris connaissance préalablement à la signature de la présente demande d'adhésion, conservé et accepté les conditions générales valant note d'information référencées PRMC 07 - 06/07 (comportant notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation et les dispositions essentielles du contrat) ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Informatique et liberté : je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - 27 rue Maurice Flandin, BP 3261 - 69403 Lyon cedex 03. APRIL Assurances pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés. Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne. Je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en envoyant un courrier à l'adresse suivante : APRIL Assurances, 27 rue Maurice Flandin, BP 3261, 69403 Lyon cedex 03, étant entendu que chaque enregistrement est conservé au maximum deux mois.	
Fait à <input type="text"/> Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Assuré 1 / Adhérent Nom : Prénom : La signature de l'Assuré 1 / Adhérent précédée de la mention "lu et approuvé" 	Assuré 2 / Adhérent Nom : Prénom : La signature de l'Assuré 2 / Adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"

A noter

- Délai d'attente : 6 mois
- Franchise : 120 jours
- Adhésion possible dans les 4 mois maximum suivant la date d'effet du contrat Assurance de Prêt Moov'.

Déclaration d'État de Santé ADP Moov' [Souscription simplifiée]

(Validité de la déclaration d'état de santé : 4 mois)

L'(es) assuré(s) déclare(nt) :

- Ne pas être atteint(s) ou avoir été atteint(s), à sa (leur) connaissance, d'une des maladies ou affections suivantes : diabète insulino-dépendant, sclérose en plaques, cancer, transplantation d'organes, hémophilie, maladie génétique, maladie chronique ou récidivante, infirmité ou invalidité.
- Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat est positif.
- Ne pas être en arrêt de travail et ne pas bénéficier d'un aménagement de ses (leurs) conditions de travail pour raisons médicales.
- Ne pas avoir connu plus de 30 jours consécutifs d'arrêt de travail ou de temps partiel thérapeutique au cours des 5 dernières années (hors maternité).
- Ne pas avoir ou avoir eu de prescription médicale pour une affection neurologique, psychiatrique, métabolique (cholestérol, triglycérides, diabète...), pulmonaire, rhumatismale, endocrinienne (thyroïde...), cardiaque, vasculaire, ou pour une autre maladie avec un traitement supérieur à 1 mois (hors traitement pour affection saisonnière ou traitement contraceptif) ; ne pas être sous surveillance médicale (hors médecine du travail ou suivi systématique de grossesse) ; ne pas être en cours d'examen médicaux pour diagnostic d'une pathologie.
- Ne pas avoir été hospitalisé(s) au cours des 10 dernières années*.
- Au cours des 12 prochains mois, ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale*, un examen médical spécialisé.
- Avoir un poids qui corresponde à sa (leur) tranche de taille :

	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3	Tranche 4	Tranche 5	Tranche 6	Tranche 7	Tranche 8	Tranche 9	Tranche 10	Tranche 11
Taille (cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200
Poids (kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113	65 - 120	70 - 125

* sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule biliaire, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité, n'avoir rien omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur et déclare être informé que **toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité du contrat** en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'Axeria prévoyance.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL.

Je déclare avoir pris connaissance préalablement à la signature de la présente demande d'adhésion, conservé et accepté les conditions générales valant note d'information référencées PRMV 07 - 06/07 (comportant notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation et les dispositions essentielles du contrat) ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances.

Informatique et liberté : je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - 27 rue Maurice Flandin, BP 3261 - 69403 Lyon cedex 03. APRIL Assurances pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne. Je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en envoyant un courrier à l'adresse suivante : APRIL Assurances, 27 rue Maurice Flandin, BP 3261, 69403 Lyon cedex 03, étant entendu que chaque enregistrement est conservé au maximum deux mois.

Assuré 1 / Adhérent	Fait à <input type="text"/>	Date <input type="text"/>
	Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Assuré 2	La signature de l'Assuré 1 / Adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"	La signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"

Autorisation de prélèvement

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

A compléter obligatoirement		Le débiteur
Nom :		
Adresse :		
Code Postal : <input type="text"/>	Signature :	
Ville :		
Date : <input type="text"/>		

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
27 rue Maurice Flandin - BP 3261 - 69403 LYON CEDEX 03

Codes		Le compte à débiter	
Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L'Etablissement teneur du compte à débiter			
Nom :			
Adresse :			
Code Postal : <input type="text"/> Ville :			

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

La solution la plus rapide pour garantir votre emprunt

ADP Moov' est un contrat d'assurance de prêt qui permet de sécuriser votre investissement et de protéger l'avenir de votre famille. Les garanties proposées sont parmi les plus complètes du marché et prennent en charge le capital assuré (dans la limite des capitaux garantis) en cas de décès ou la mensualité du prêt en cas d'arrêt de travail (ITT/IPT).

ADP Moov' est un contrat destiné aux emprunteurs :

- Agés de 35 ans maximum.
- Qui souhaitent assurer au maximum 230 000 € de capital par personne.
- Dont la situation correspond aux éléments de la Déclaration d'Etat de Santé.

ADP Moov' est réservé aux emprunteurs qui n'exercent pas l'une des professions ou activités suivantes :

- Travail à hauteur supérieure à 15m (grutier, travail sur échafaudage...)
- Professions du secteur pétrolier (raffinage, exploitation, et plate-forme)
- Professions avec manipulation de produits dangereux (chimie, artificier, usage d'explosifs, produits radioactifs)
- Professions relatives au travail de recherche en laboratoire (médical, biologie...)
- Sportifs professionnels
- Professions de sécurité/surveillance/maintien de l'ordre/militaires/convoyeurs de fonds
- Pompiers professionnels
- Personnel navigant aérien (autre que le personnel navigant sur les compagnies nationales ou internationales)
- Professions avec activité en montagne (secours, guide, moniteur de ski)
- Professions avec activité en mer/dockers/activité sur chantiers navals
- Professions du cirque, artiste de cinéma ou de télévision/intermittent du spectacle
- Professions relatives au travail de la mine/souterrain/galeries/spéléologues
- Professions relatives aux travaux forestiers
- Maître nageur plage et plan d'eau

Important

- **Pour connaître la liste précise des exclusions de garanties relatives au contrat ADP Moov', nous vous invitons à lire attentivement les Conditions Générales (valant note d'information) remises par votre assureur-conseil.**
- **Si ce contrat ne convient pas à votre situation, consultez dès maintenant votre assureur-conseil qui vous proposera le contrat d'assurance de prêt de notre gamme adapté à vos besoins.**

Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée par les 2 assurés (pages 2 et 4),**
- 2 Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée,**
- 3 Mon relevé d'identité bancaire ou postal,**
- 4 Pour la Complémentaire chômage : la proposition tarifaire réalisée sur Intrapril et la demande d'adhésion remplie, datée et signée par les 2 assurés (page 3).**

**J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Habitat -
BP 3343 - 27 rue Maurice Flandin - 69403 Lyon Cedex 03**

APRIL Assurances à vos côtés

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

	Santé et Prévoyance individuelle	Tél. 0891 46 9000 (0,23 € TTC/min)
	Assurance de Prêt	Tél. 0891 46 6000 (0,23 € TTC/min)

www.april.fr

[Notre engagement, votre satisfaction]

Satisfaction clients assurés*



Satisfaction Assureurs-conseils*



Une société certifiée
ISO 9001 version 2000

Des solutions pour tous et pour chacun

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées, lui permettant de répondre aux attentes de chacun (familles, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants, voyageurs...) et à tous les moments de leur vie.

	assurance automobile et habitation	www.april-iard.fr
	épargne, retraite et défiscalisation	www.april-patrimoine.fr
	assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs	www.april-mobilite.fr

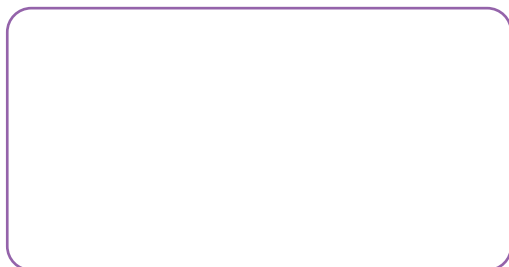
APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

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

Aujourd'hui, ce sont plus de **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **2 060 collaborateurs et 40 sociétés du groupe**.

Depuis 1997, APRIL GROUP est coté à la Bourse de Paris. Il a réalisé en 2006 un chiffre d'affaires de 520,4 millions d'euros.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil



APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

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





Conditions

générales

Conditions **générales** 2007

ADP Moov'

[des solutions] pour les **jeunes emprunteurs jusqu'à 35 ans**



*Garanties tout en un :
décès+arrêt de travail,
pour assurer de 16 000
à 230 000 € de capital
maximum par personne*

*Complémentaire Chômage
en option*

AS
DU GRAND LYON

Alain HABBULOGLU
Diplômé de l'Institut des Techniques d'Assurances

april
ASSURANCES

Conditions générales

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

Le contrat ASSURANCE DE PRET MOOV est une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative conclue entre l'Association des Assurés d'APRIL et AXERIA Prévoyance. Il est soumis à la législation française et notamment au code des assurances.

Votre adhésion au contrat ASSURANCE DE PRET MOOV est constituée par votre demande d'adhésion, les présentes conditions générales et votre Certificat d'adhésion.

Pour vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule est défini au Lexique.

1. A qui s'adresse se contrat ? _____

Pour bénéficier de ce contrat, vous devez obligatoirement :

- Etre âgé de 18 ans au moins et 35 ans au plus au 31 décembre de l'année de votre adhésion,
- avoir contracté un emprunt ou un crédit-bail libellé en euros et rédigé en français, auprès d'un Organisme prêteur situé en France, en Suisse ou au sein de l'Union Européenne, dont le différé d'amortissement n'est pas supérieur à 36 mois,
- résider en France continentale (c'est à dire hors Corse, Départements d'Outre-Mer et Territoires d'Outre-Mer)
- avoir signé la déclaration d'état de santé,
- communiquer à APRIL Assurances sur demande :
 - le tableau d'amortissement de l'emprunt ou celui des loyers ainsi que le montant de l'option d'achat dans le cas d'un crédit-bail,
 - l'acte notarié du crédit vendeur et la déclaration faite au centre des impôts lorsque le prêt est consenti par un particulier.

Vous ne pourrez adhérer ni être assuré au présent contrat si vous êtes caution, expatriés ou si vous exercer une des professions suivantes :

- Professions du secteur pétrolier (activité on shore et off shore),
- professions avec manipulation de produit dangereux (chimie, pétrole, artificier, usage d'explosifs, produits radioactifs),
- professions relatives au travail de recherche en laboratoire (médical, biologique...),
- travail à hauteur supérieur à 15 mètres (grutier, travail sur échafaudage...),
- sportifs professionnels,
- profession de sécurité/surveillance/maintien de l'ordre/militaire/convoyeur de fonds,
- pompiers professionnels,
- personnel navigant aérien (autre que le personnel navigant sur les compagnies nationales ou internationales),
- professions avec activité en montagne (secours, guide, moniteur de ski),
- profession avec activité en mer ainsi que les dockers et activités sur les chantiers navals,
- profession du cirque, artiste de cinéma ou de télévision, intermittent du spectacle,
- professions relatives au travail de la mine, travail souterrain ou en galerie ainsi que les spéléologues,
- professions relatives aux travaux forestiers,
- maître nageur plage et plan d'eau.

2. Quel est l'objet de ce contrat ? _____

En cas de réalisation d'un Sinistre garanti, l'assureur versera à l'Organisme prêteur :

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

La souscription des garanties Décès, P.T.I.A, I.T.T et I.P.T est indissociable.

3. Que prend-il en charge ? _____

En cas de décès de l'Assuré :

Ce contrat garantit le versement à l'Organisme prêteur du capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement et **dans la limite du montant garanti.**

Ce capital peut être versé à un autre Bénéficiaire que vous aurez désigné

sous réserve de l'accord écrit de l'Organisme prêteur.

Lorsque l'adhésion porte sur un contrat de crédit-bail, l'Assureur verse la totalité des loyers à échoir et de la valeur résiduelle (option d'achat).

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

La P.T.I.A. due à une Maladie ou à un Accident garanti est assimilée au Décès

Ce contrat garantit le versement à l'Organisme prêteur ou, si ce dernier a donné son accord écrit, à l'Assuré lui-même ou à tout autre Bénéficiaire désigné, du capital restant dû déterminé par référence au jour où la P.T.I.A est reconnue par April Assurances et ceci :

- Soit à la date à laquelle est notifiée la décision de la Sécurité sociale classant l'Assuré à titre définitif, avec attribution de la pension correspondante, dans la 3^e catégorie d'invalidité, conformément à l'article L 341-1 et suivants et R 341-2 du code de la Sécurité sociale,
- soit à la date à laquelle l'Assuré est considéré comme invalide à 100% nécessitant l'assistance d'une tierce personne, à la suite d'un accident du travail,
- soit s'il n'est pas assuré social, à la date fixée par les certificats concordants, établis par le Médecin de l'Assuré et le Médecin d'APRIL Assurances,
- dès que la justification de la date de la consolidation de la P.T.I.A. a été fournie.

Le capital n'est pas dû si la Consolidation de la P.T.I.A. est acquise après que l'Assuré a atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse ou, au plus tard après ses 65 ans, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

La garantie P.T.I.A. cesse lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard à son 65^e anniversaire.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T) et Invalidité Permanente Totale (I.P.T) :

L'Assureur verse, à compter du 91^e jour d'I.T.T de l'Assuré, les échéances de remboursement ou de loyer tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement **et dans la limite du montant garanti.**

Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre **les prestations versées par l'Assureur sont limitées à 50% du montant garanti.**

En cas d'I.P.T, la base de calcul des prestations sera identique.

La prise en charge des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'I.T.T ou de l'I.P.T, proportionnellement à cette durée ;

Les prestations cesseront d'être versées :

- En cas de reprise totale ou partielle du travail ou des Occupations de la vie quotidienne,
- **et/ou pour la garantie I.T.T, à la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré,**
- **et dans tous les cas,** à la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard à ses 60 ans.

En cas de rechute dans les 2 mois de la reprise totale ou partielle du travail, le paiement des échéances a lieu dès le premier jour de la cessation des activités, sous réserve que l'adhésion à la convention soit toujours en vigueur.

Toute modification du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.T.T ou d'I.P.T ne peut être prise en compte.

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

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté anticipé ou non,
- l'option d'achat prévue au crédit bail si l'état d'I.T.T ou d'I.P.T persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

Les garanties décrites ci-dessus (décès/P.T.I.A/I.T.T/I.P.T) s'exercent dans le monde entier.

Conditions générales

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

4. Particularités

En présence de co-emprunteurs :

En cas d'arrêt de travail simultané de co-emprunteurs assurés, **le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt ne peut excéder le montant de l'échéance de remboursement ou de loyer, telle qu'elle est mentionnée au tableau d'amortissement.**

Plafond :

Pour l'ensemble des garanties, le montant maximum du capital assuré par emprunteur correspond au montant du capital emprunté, **dans la limite de 230 000 euros.**

Modification de la délégation de bénéfice et avenant de cession :

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

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

5.1 - Les documents à nous adresser :

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré, ses ayants droit ou le Bénéficiaire de la garantie (s'il est différent de l'organisme prêteur), devront communiquer à APRIL Assurances avec la déclaration de Sinistre tous les justificatifs qu'elle estimera nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge) et notamment :

En cas de décès :

- L'acte de décès,
- Le certificat médical fourni par APRIL Assurances, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès
- le procès verbal de gendarmerie en cas de décès accidentel,
- une attestation du prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès,
- le tableau d'amortissement au jour du décès,

A noter que si le Bénéficiaire n'est pas l'Organisme prêteur, celui-ci devra justifier de sa qualité.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- un rapport médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré de l'incapacité au travail,
- le tableau d'amortissement du prêt concerné,
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Assureur de la P.T.I.A.,
- toutes autres pièces nécessaires demandées par l'Assureur pour la justification de l'état d'invalidité.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente Totale :

- Le certificat médical fourni par APRIL Assurances, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant la nature de l'Accident ou de l'affection qui justifie l'incapacité ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état,
- le procès verbal de gendarmerie en cas d'Accident,
- le tableau d'amortissement du prêt concerné,
- toutes autres pièces nécessaires demandées par l'Assureur pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

Tout Sinistre non déclaré dans un délai de 30 jours qui suit la fin de la franchise, est définitivement exclu des garanties si l'Assureur établit que le retard lui a causé un préjudice, sauf si le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure. De même, une prolongation d'Incapacité non déclarée dans les 30 jours ne donnera pas lieu à prestations si l'Assureur établit que le retard lui a causé un préjudice.

5.2 - Les modalités de remboursement :

Les prestations sont toujours versées au Bénéficiaire, en France et en euros.

Si l'I.T.T ou l'I.P.T survient à l'étranger, le paiement des prestations ou le début de la période de Franchise ne part que du jour de la première constatation médicale en France continentale.

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

L'expertise médicale :

L'état d'I.T.T, d'I.P.T ou de P.T.I.A. de l'Assuré est constaté par expertise médicale, en dehors de toute considération du régime obligatoire auquel est affilié l'Assuré.

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

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

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

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

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

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

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

6. Ce que votre contrat ne prend pas en charge

Sont exclus au titre de l'ensemble des garanties les Sinistres survenant et/ou résultant :

- *De séjours professionnels à l'étranger (déplacements compris) à l'exception des séminaires d'une durée de 5 jours maximum au Maroc ou en Tunisie et des déplacements professionnels au sein de l'Union Européenne, aux États-Unis, en Suisse, au Canada, au Japon, en Australie et en Nouvelle-Zélande.*
- *De la pratique d'une forme d'aviation (sauf si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée), d'un sport aérien et/ou l'utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que personnel navigant sur les compagnies nationales et internationales et l'utilisation en tant que passager sur des lignes commerciales régulières ou des vols charters.*
- *De la pratique du parachutisme, saut à l'élastique, tentatives de records, exhibitions.*

Sont exclus au titre des garanties Décès, P.T.I.A., les Sinistres résultant :

- *Du suicide pendant la première année qui suit l'adhésion, l'augmentation éventuelle des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci.*
- *D'une guerre mettant en cause l'Etat français.*

Sont exclus au titre des garanties P.T.I.A, I.T.T et I.P.T, les Sinistres résultant :

- *De la transmutation du noyau de l'atome, tant par fission ou fusion que par radiations ionisantes ou autres. Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de Maladie ou d'Accident garanti.*
- *D'une tentative de suicide, du fait volontaire de l'Assuré ou du Bénéficiaire, d'un Accident causé par l'Assuré en état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du Sinistre),*

Conditions générales

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

de l'alcoolisme, de l'aliénation mentale, de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou d'hallucinogènes.

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

• *De la pratique des activités suivantes :*

- *V.T.T en compétition, équitation en compétition même en amateur, sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur, sur pistes balisées, du ski alpin, du ski de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), bobsleigh, spéléologie, canyoning, rafting, karting, skeleton, alpinisme, escalade, randonnée en montagne au-dessus de 3000 mètres, motonautisme en compétition (y compris le scooter des mers), navigation au-delà de 20 miles des côtes, plongée sous marine (autre que la pratique en amateur à moins de 20 mètres de profondeur), sports de combats en compétition, boxe (même en amateur), sports automobiles, pratique de la moto en compétition.*

• *Des suites ou conséquences d'affections, Accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la prise d'effet des garanties.*

• *De traitements ou opérations à but esthétique.*

• *D'affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, de troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, fibromyalgie et 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 30 jours.*

• *Des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion, cervicale ...), sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation continue de plus de 15 jours pour intervention chirurgicale. Dans tous les cas, les séjours en centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle sont exclus.*

Sont exclus pour la seule garantie I.T.T :

• *Les grossesses, les accouchements normaux, les fausses couches, sauf si pour des causes pathologiques les Assurés se trouvent en état d'Incapacité Temporaire Totale; leur congé légal de maternité (ou assimilé pour les non salariées) étant alors déduit de la durée d'incapacité de travail en sus de la période de franchise,*

• *Les cures thermales ou autres, les séjours dans un établissement de repos.*

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

Votre adhésion au contrat est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL Assurances, concrétisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion. Elle est conditionnée par le paiement de la première cotisation.

Le Certificat d'adhésion précise la date d'effet de vos garanties, le montant initial du capital assuré en cas de décès ou de P.T.I.A., puis les montants successifs du capital restant dû et le cas échéant, le montant et la périodicité des échéances de remboursement ou de loyers garantis.

7.1 - Prise d'effet de vos garanties :

Les garanties prennent effet à compter de la date d'existence d'un engagement de l'Assuré vis à vis de l'Organisme prêteur matérialisé par la signature de l'acte de prêt, et au plus tôt, le lendemain zéro heure de la date de réception de votre demande d'adhésion par APRIL Assurances.

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

Toutefois, jusqu'à la notification d'acceptation ou de non-acceptation du risque par APRIL Assurances et pour le cas où il existe un engagement de l'Assuré vis à vis de l'Organisme prêteur tel que défini ci-dessus, **la garantie décès est accordée provisoirement pour les risques d'origine accidentelle dans une limite de 230 000 euros et pour une durée maximale de 2 mois**, à compter du lendemain zéro heure de la date de réception de votre demande d'adhésion par APRIL Assurances.

D'autre part, en cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'acte de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

7.2 - Délai d'attente :

Aucun délai d'attente n'est applicable sauf :

- Pour les prêts déjà en cours et non assurés au moment de la souscription. Dans ce cas, le délai d'attente est de 3 mois pour toutes les Maladies et affections,
- Pour les Sinistres en relation avec la Maternité, ses suites et conséquences, un délai d'attente de 10 mois est appliqué pour les garanties I.T.T / I.P.T.

7.3 - Renonciation :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans les 30 jours suivant la date de réception de votre Certificat d'adhésion, sous réserve de l'accord écrit de l'Organisme prêteur ou du bénéficiaire acceptant si celui est différent.

Pour cela, il vous suffit d'adresser à APRIL Assurances (27 rue Maurice Flandin, BP3261 69403 Lyon cedex 03) une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée sur le modèle ci-dessous :

« **Je soussigné(e) M** (nom, prénom, adresse) **déclare renoncer à mon adhésion au contrat ASSURANCE DE PRET MOOV n°..... que j'ai signée le à** (lieu d'adhésion).

Fait à le signature de l'Adhérent et de l'Organisme prêteur ».

La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé.

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la cotisation 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^e jour suivant la date d'effet de l'adhésion.

7.4 - Durée de vos garanties :

Votre contrat 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 reste en vigueur.

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

7.5 - Cessation de vos garanties :

Les garanties cessent dès la résiliation de votre contrat dans les cas suivants :

A votre initiative :

- a) A l'échéance annuelle du 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois au moins et accord de l'Organisme prêteur ou du Bénéficiaire si ce dernier est bénéficiaire acceptant,
- b) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable (cf. article 1),
- c) en cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- d) dès que l'Assuré a entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de votre adhésion,
- e) lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations, c'est-à-dire :
 - à son 60^e anniversaire pour les garanties I.T.T et I.P.T,
 - à son 65^e anniversaire en cas de P.T.I.A,
 - à son 80^e anniversaire pour la garantie Décès.

A l'initiative de l'Assureur :

- a) En cas de non-paiement des cotisations (Cf. article 8),
- b) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable (Cf. article 1),
- c) en cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- d) dès que l'Assuré a entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de votre adhésion
- e) lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations, c'est-à-dire :
 - à son 60^e anniversaire pour les garanties I.T.T et I.P.T,
 - à son 65^e anniversaire en cas de P.T.I.A,
 - à son 80^e anniversaire pour la garantie Décès.

A l'initiative de l'Association des Assurés d'APRIL ou de l'Assureur :

En cas de dénonciation de la présente convention par l'Association des Assurés d'APRIL ou par l'Assureur à l'échéance annuelle. Dans ce cas l'Association s'engage à en informer chaque Adhérent et l'Assureur s'engage à maintenir, sur demande de l'Assuré, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de la résiliation.

Conditions générales

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

8. Votre cotisation

Votre cotisation à l'adhésion est fixée en fonction :

- De l'âge de l'Assuré atteint 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 son activité professionnelle,
- de sa qualité de fumeur ou non fumeur,
- du montant du prêt garanti et de sa durée.

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

8.1 - Evolution de votre cotisation :

Votre cotisation peut évoluer chaque année au 1^{er} janvier en fonction des résultats du groupe assuré.

Les taxes actuelles à la charge de l'Adhérent sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables à la convention entraînera une modification du montant de la cotisation.

8.2 - Paiement de votre cotisation :

Votre cotisation est payable d'avance mensuellement.

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL Assurances vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties 30 jours plus tard.

Après un nouveau délai de 10 jours, APRIL Assurances résiliera de plein droit le contrat et pourra réclamer le paiement des cotisations restant dues.

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

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

8.3 - Exonération de votre cotisation :

Dès lors qu'un Assuré bénéficie d'une prise en charge par l'Assureur des mensualités du prêt ou des loyers venant à échéance en cas d'I.T.T. ou I.P.T., le paiement des cotisations relatives à ces garanties est exonéré.

9. Les informations que vous devez porter à la connaissance d'APRIL Assurances

Votre contrat est établi d'après les déclarations faites par vous ainsi que par chaque Assuré, que ce soit lors de votre adhésion ou pendant la durée de votre contrat.

Ainsi, en cours de contrat, Vous devez déclarer et communiquer à APRIL Assurances par écrit, dès que vous en avez connaissance, tout changement intervenu dans votre situation ou celle des Assurés, tels que changement des caractéristiques du prêt, situation professionnelle et/ou et de domicile.

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

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à APRIL Assurances et notamment dans la déclaration d'un Sinistre, vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre contrat.

10. Prescription

Toute action dérivant de votre adhésion au contrat est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance sauf pour les Bénéficiaires du capital en cas de décès où ce délai est porté à trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressé par l'Adhérent à APRIL Assurances en ce qui

concerne le règlement des prestations, et par APRIL Assurances à l'Adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations.

11. Que faire en cas de réclamations

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, nous vous recommandons de vous adresser à votre assureur conseil habituel. Si un différend éventuel persiste après réponse, vous pouvez adresser votre réclamation écrite au Service Clients – APRIL Assurances – 27, rue Maurice Flandin – 69403 Lyon cedex 03.

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

12. La gestion administrative de votre contrat

Celle-ci est confiée à APRIL Assurances, située 27 rue Maurice Flandin, 69403 Lyon Cedex 03 (RCS Lyon 428 702 419 – n°ORIAS 07 002 609).

A cet effet, l'ensemble des documents visés dans les présentes conditions générales ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent être transmis à APRIL Assurances.

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

Conditions générales

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

Lexique

Accident :

Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Toutefois, sont considérés comme des Maladies et non comme des Accidents, les lumbagos et tours de reins, même d'origine traumatique, les lésions organiques provoquées par un effort, les insulations, congélations et gestions.

Adhérent :

Personne physique ou morale ayant souscrit le contrat ASSURANCE DE PRET MOOV.

Il est également désigné par le terme « vous » dans les présentes conditions générales.

Association des Assurés d'APRIL :

Association loi 1901, située BP 3133, 69211 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.

Assuré :

Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance.

AXERIA Prévoyance :

AXERIA Prévoyance l'Assureur du contrat, c'est une Compagnie d'assurance vie au capital de 15 000 000 euros, située 83/85 Boulevard Vivier Merle 69487 Lyon Cedex 03, RCS Lyon 350.261.129, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM : 61 rue Taitbout, 75009 PARIS).

Bénéficiaire :

L'Organisme prêteur désigné sur la demande d'adhésion et éventuellement pour la garantie Décès, les personnes physiques désignées sur la demande d'adhésion après accord de l'Organisme prêteur.

Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise notamment : les garanties souscrites, leur date d'effet et leur montant ainsi que la durée des franchises.

Consolidation :

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

Délai d'attente :

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

Hospitalisation :

Fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimum de 24 heures ou d'une nuit.

Est considéré comme établissement hospitalier, un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques, ainsi que le personnel nécessaire.

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T) :

- Si l'Assuré exerce de manière effective une activité professionnelle au jour du Sinistre, il est considéré en Incapacité Temporaire Totale si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti, il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer sa profession.

- Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre, il est considéré en Incapacité Temporaire Totale lorsqu'il est temporairement contraint en raison d'un Accident ou d'une Maladie garanti, d'interrompre toutes ses Occupations de la vie quotidienne et d'observer un repos complet.

Dans tous les cas, l'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

Invalité Permanente Totale (I.P.T) :

Etat qui place l'Assuré, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti, dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque avant l'âge de 60 ans sans pour autant nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie : faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, se déplacer.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Invalité Permanente Totale lorsqu'il est définitivement contraint en raison d'un Accident ou d'une Maladie garanti, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la vie quotidienne.

Maladie :

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

Maternité :

Fait de porter et mettre au monde un enfant, la maternité s'entend de la grossesse et de l'accouchement.

Occupation de la vie Quotidienne :

Faculté pour l'Assuré d'effectuer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

Organisme prêteur :

Le prêteur, personne physique ou morale, mentionné sur la demande d'adhésion ayant consenti le prêt au titre du présent contrat.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) :

L'Assuré est dans l'inaptitude totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie : faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, se déplacer.

Sinistre :

Événement, Maladie ou Accident mettant en jeu les garanties lorsque celles-ci sont en vigueur.

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

27 rue Maurice Flandin - BP 3261

69403 Lyon Cedex 03

Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr



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