



Conditions générales 2010 *Visit'Assur*

[des solutions] pour les **visiteurs étrangers** en France



*L'assurance des
visiteurs étrangers
en France jusqu'à 79 ans*

Conditions Générales

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

Pour toute information relative à votre contrat, APRIL Mobilité est à votre disposition du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) - Heure de Paris.
Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : info@aprilmobilitate.com

1. Services associés à votre contrat	3
1.1 Service de règlement direct de vos frais d'hospitalisation de plus de 24h	3
1.2 Service d'assistance rapatriement	3
1.3 Services en ligne	3
1.4 Où adresser votre demande de remboursement ?	3
2. Définitions	3
2.1 Définitions spécifiques à la garantie assistance rapatriement	3
2.2 Définitions applicables à toutes les garanties	3
3. Garanties et territorialité de votre contrat	4
3.1 Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ?	4
3.2 Où êtes-vous couvert ?	4
4. Qui peut bénéficier du contrat ?	4
5. Date d'effet, durée et renonciation au contrat	4
5.1 Quand débute votre contrat ?	4
5.2 Durée de couverture de votre contrat	4
5.3 Les garanties de votre contrat cessent	4
5.4 Comment renoncer à votre contrat ?	5
5.5 Que faire en cas de difficulté d'obtention de visa ?	5
6. Cotisations	5
6.1 Comment est déterminé le montant de votre cotisation ?	5
6.2 Les modes de paiement	5
6.3 Que se passe-t-il en cas de non paiement des cotisations ?	5
7. Ce que couvre votre contrat et comment en bénéficier ?	6
7.1 Frais de santé	6
7.2 Assistance rapatriement	7
8. Ce qui est exclu de votre contrat	8
9. Dispositions générales	9
9.1 Qui assure votre contrat ?	9
9.2 Cadre légal	10
9.3 Prescription	10
9.4 Subrogation	10
9.5 Contrôle	10
9.6 Conciliation/Juridiction	10
9.7 Loi Informatique et Libertés	10

Remarque

An English version of these General conditions & Booklet is available on www.aprilmobilitate.com. Please note that the original version of this document is in French. In the event of a dispute, French version shall prevail over any translation into other languages.

Una versión española de las Condiciones generales está disponible en www.aprilmobilitate.com. Le informamos que la versión original del documento está en francés. En caso de conflicto, únicamente la versión francesa será tomada en cuenta.

Conditions Générales

Valant note d'information
À conserver par l'assuré

1. Services associés à votre contrat

1.1 Service de Règlement direct de vos frais d'Hospitalisation de plus de 24h

Ce service est soumis à l'étude par le Médecin Conseil d'APRIL Mobilité de votre *Attestation Médicale Confidentielle* (voir page 6).

Pour bénéficier du Règlement direct de vos frais d'Hospitalisation de plus de 24h, veuillez :

- Composer le : +33 (0)1 73 02 93 99,

1.2 Service d'assistance rapatriement

Pour bénéficier du service d'assistance rapatriement :

Il est impératif d'avoir l'accord obligatoire et préalable d'APRIL Mobilité Assistance pour bénéficier de vos garanties d'assistance rapatriement (voir page 7). Pour cela, veuillez contacter APRIL Mobilité Assistance :

- Par téléphone en France en PCV au +33 (0)1 55 92 23 09,
- Par fax au +33 (0)1 55 92 40 50

1.3 Services en ligne

Depuis le site www.aprilmobilite.com (Espace particuliers), Vous avez accès à votre extranet, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe.

Si Vous êtes Assuré, Vous pouvez consulter :

- vos décomptes de remboursement, vos garanties ainsi que les présentes conditions générales,
- vos coordonnées personnelles et bancaires.

Vous pouvez télécharger les formulaires à compléter pour vos remboursements (voir pages 6 et 7) :

- Formulaire d'*Attestation Médicale Confidentielle* (à faire compléter par votre médecin en cas d'*Hospitalisation*),
- Formulaire de *Demande d'Entente préalable* (à faire compléter par votre médecin en cas de prescription d'actes d'auxiliaires médicaux),
- Formulaire de demande de remboursement (à joindre à vos factures et prescriptions médicales).

Si Vous êtes Souscripteur, Vous pouvez :

- consulter vos coordonnées personnelles et les coordonnées de votre assureur-conseil,
- consulter votre mode de règlement.

1.4 Où adresser votre demande de remboursement ?

Pour envoyer une demande de remboursement (joindre les originaux de vos factures et prescriptions médicales):

APRIL Mobilité

Service Adhésions Remboursements
110, avenue de la République
CS 51108
75127 Paris Cedex 11, FRANCE
Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93

2. Définitions

Chaque terme mentionné ci-dessous a, lorsqu'il est rédigé en italique et employé avec une majuscule, la signification suivante :

2.1 Définitions spécifiques à la garantie assistance rapatriement

Accident corporel : tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime et indépendant de sa volonté, constituant la cause d'une atteinte corporelle grave.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où Vous vous trouvez.

Consolidation : stabilisation de l'état de santé d'une personne victime d'un Accident ou souffrant d'une Maladie.

Équipe médicale : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'APRIL Mobilité Assistance.

Membre de la famille : père, mère, sœur, frère, enfant ou tuteur légal domiciliés dans votre Pays de nationalité.

Proche : toute personne physique désignée par Vous-même ou un de vos ayants droits et domiciliée dans votre Pays de nationalité.

Territorialité : séjour en France métropolitaine ou dans les D.R.O.M.. La Territorialité est étendue aux pays de l'Espace Schengen, l'Andorre, la Suisse et Monaco pour une période inférieure à 30 jours consécutifs se situant entre deux séjours en France ou dans les D.R.O.M. et lors de séjours inférieurs à 30 jours consécutifs dans votre Pays de nationalité.

Vous : toute personne autre que française ou originaire des P.T.O.M., âgée de moins de 80 ans, se rendant en France ou dans les D.R.O.M. (hors de son Pays de nationalité) à l'occasion de voyages, d'études, de stages, de la vie professionnelle ou privée pour une durée maximale de 3 mois.

2.2 Définitions applicables à toutes les garanties

Accident : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article L.1315 du Code Civil français, il Vous appartient d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

Accident caractérisé : Accident constaté par une autorité compétente (forces de police, pompiers, autorités médicales...) ayant délivré une attestation précisant les circonstances et la nature de la blessure, ainsi que la date de l'Accident.

Accord préalable : certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une *Demande d'entente préalable* accompagnée d'un devis détaillé.

Assuré : se reporter à la définition de « Vous ».

Attestation Médicale Confidentielle : questionnaire médical fourni par APRIL Mobilité et complété par votre médecin après examen de votre état de santé.

Base de remboursement de la Sécurité sociale française : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou les prescriptions délivrées par les professionnels de santé. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de responsabilité qui correspond au prix d'un médicament générique.

Certificat de souscription : document remis au Souscripteur par APRIL Mobilité confirmant sa souscription au contrat Visit'Assur et mentionnant notamment la *Date d'effet* du contrat, les garanties et options souscrites. Le *Certificat de souscription* correspond aux conditions particulières du contrat.

Cotisation : somme payée par le Souscripteur en contrepartie des garanties accordées par l'organisme assureur.

Conditions Générales

Valant note d'information
À conserver par l'assuré

Date d'effet : date à partir de laquelle le contrat débute. Elle est portée sur le *Certificat de souscription*.

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* du contrat portée au *Certificat de souscription*.

Demande d'entente préalable : imprimé à faire compléter par votre médecin permettant d'obtenir l'accord préalable d'APRIL Mobilité avant d'engager certains actes ou traitements.

Exclusions : ce qui n'est pas garanti par le contrat d'assurance. Tous les contrats comportent des *Exclusions* de garanties.

Frais réels : ensemble des dépenses de santé qui *Vous* sont facturées.

Franchise : somme qui, dans le règlement d'un *Sinistre*, reste à votre charge.

Hospitalisation : séjour (médical ou chirurgical) de plus de 24h dans un établissement hospitalier (public ou privé) à partir du moment où un lit *Vous* est attribué.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une *Autorité médicale* compétente présentant un caractère soudain et imprévisible.

Pays de nationalité : le pays qui figure sur votre Demande de souscription ou à défaut le pays qui figure sur le passeport ou tout autre document officiel d'identité stipulé au niveau du libellé « nationalité ».

Pays de séjour : le pays de résidence principale où *Vous* séjournez pendant la durée de votre séjour à l'étranger.

Période de couverture : période qui débute à la *Date d'effet* du contrat et se termine à la fin du contrat conformément aux dates inscrites sur le *Certificat de souscription*.

Règlement direct des frais d'Hospitalisation : Si *Vous* êtes hospitalisé plus de 24 heures, *Vous* pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'*Hospitalisation*, sans avance de frais, sous réserve de l'étude de votre *Attestation Médicale Confidentielle*, en utilisant les numéros d'urgence mentionnés au paragraphe 1.1.

Résiliation : cessation définitive et anticipée du contrat.

Sinistre : événement, *Maladie* ou *Accident* mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

Souscripteur : personne qui souscrit le présent contrat et paie les *Cotisations*.

Vous : personne physique admise à l'assurance sur la tête de laquelle reposent les garanties du présent contrat.

3. Garanties et territorialité de votre contrat

3.1 Quelles sont les garanties couvertes par votre contrat ?

La souscription au présent contrat *Vous* garantit les prestations suivantes :

- remboursement des frais de santé ;
- assistance rapatriement.

3.2 Où êtes-vous couvert ?

Les garanties sont acquises en France et dans les D.R.O.M.

La territorialité est étendue aux pays de l'Espace Schengen, l'Andorre, la Suisse et Monaco pour une période inférieure à 30 jours consécutifs se situant entre deux séjours en France ou dans les D.R.O.M. et lors de séjours inférieurs à 30 jours consécutifs dans votre *Pays de nationalité*.

Pays membres de l'Espace Schengen au 01/11/2009 : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie et Suède.

4. Qui peut bénéficier du contrat ?

Pour être admissible à l'assurance, *Vous* devez :

- séjourner en France métropolitaine ou dans les D.R.O.M. (hors de son *Pays de nationalité*), à l'occasion de voyage, d'études, de stage, de la vie professionnelle ou privée, pour une durée maximale de 3 mois ;
- être âgé de moins de 80 ans, à la *Date d'effet* du contrat ;
- avoir complété et signé la Demande de souscription ;
- avoir complété et signé le profil de santé simplifié au maximum 6 mois avant la *Date d'effet* souhaitée.

La souscription est subordonnée à l'acceptation médicale d'APRIL Mobilité, qui se réserve le droit de demander des formalités médicales complémentaires, en fonction des réponses faites sur le profil de santé simplifié.

La souscription est constatée par l'émission d'un *Certificat de souscription* sur lequel figurent le montant des garanties et la *Date d'effet*.

5. Date d'effet, durée et renonciation au contrat

5.1 Quand débute votre contrat ?

À la date indiquée sur le *Certificat de souscription* et au plus tôt le lendemain de la réception par APRIL Mobilité du dossier de souscription complet (comprenant la demande de souscription et le profil de santé simplifié complétés et signés) sous condition suspensive du paiement intégral de la *Cotisation* et sous réserve d'acceptation par APRIL Mobilité concrétisée par l'émission du *Certificat de souscription* résumant les garanties souscrites et le montant des sommes assurées pour chacun des risques couverts.

Il est précisé que l'organisme assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la *Date d'effet* des garanties.

Toutes dépenses engagées au titre de traitements ou actes prescrits antérieurement à la *Date d'effet* du contrat ou pendant les *Délais d'attente* sont définitivement exclues des garanties et n'ouvrent droit à aucune prestation.

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré à la Date d'effet sous réserve de l'application des Délais d'attente suivants pour la garantie frais de santé.

- Aucun délai d'attente en cas d'*Accident* ;
- Autres cas :
 - a) 15 jours pour l'*Hospitalisation*,
 - b) 8 jours pour les autres soins.

5.2 Durée de couverture de votre contrat

Les garanties sont acquises pour une période d'un mois minimum et de trois mois maximum. La durée de couverture du contrat est celle portée sur le *Certificat de souscription*.

Aucune demande de renouvellement ne sera accordée.

5.3 Les garanties de votre contrat cessent

- a) en cas de non-paiement des *Cotisations* ;
- b) en cas de dénonciation du contrat par l'organisme assureur à l'échéance

Conditions Générales

Valant note d'information
À conserver par l'assuré

- annuelle (dans ce cas, APRIL Mobilité s'engage à en informer le *Souscripteur*) ;
- c) dès que *Vous* cessez de répondre aux conditions de souscription telles que définies au paragraphe 4 ;
- d) le jour du retour définitif vers votre *Pays de nationalité*, et au plus tard le dernier jour porté sur votre *Certificat de souscription*.

En cas de *Résiliation* par l'organisme assureur dans le cas énoncé à l'alinéa b) ci-dessus, l'organisme assureur s'engage à maintenir, sur demande du *Souscripteur*, et dans la limite des garanties initialement souscrites, des garanties frais de santé équivalentes à celles dont *Vous* bénéficiez à la date de la *Résiliation* jusqu'au dernier jour porté sur votre *Certificat de souscription*, moyennant paiement d'une *Cotisation* indiquée par l'organisme assureur.

Sanctions en cas de fausse déclaration

Qu'il s'agisse des déclarations à faire à la souscription ou de celles qui doivent être faites en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte dans la déclaration du risque, entraîne l'application, suivant le cas, des dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français. En outre, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du *Sinistre*, omission de déclaration des autres assurances cumulatives, emploi comme justificatifs de documents inexacts, ou utilisation de moyens frauduleux *Vous* expose à une déchéance de garantie et à la *Résiliation* de votre contrat.

5.4 Comment renoncer à votre contrat ?

La signature de la Demande de souscription ne constitue pas un engagement définitif pour le *Souscripteur*.

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

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et APRIL Mobilité rembourse au *Souscripteur* les *Cotisations* déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si le *Souscripteur* a souscrit le contrat à distance :

Le *Souscripteur* a la possibilité de renoncer à sa souscription dans un délai de 14 jours à compter de la réception du *Certificat de souscription*. La renonciation fait disparaître rétroactivement le contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. L'organisme assureur est tenu de rembourser au *Souscripteur* au plus tard dans les 30 jours toutes les sommes perçues en application du contrat. Toutefois, l'intégralité de la *Cotisation* reste due à l'organisme assureur si le *Souscripteur* renonce au contrat alors qu'un *Sinistre* s'est produit pendant le délai de renonciation.

Dans ces deux cas, pour exercer ce droit à renonciation :

Le *Souscripteur* doit adresser une lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL Mobilité Service Suivi Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Le *Souscripteur* peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse)
déclare renoncer à ma souscription au contrat "Visit'Assur" n°..... que
j'avais souscrit le.....
À..... signature..... »

5.5 Que faire en cas de difficulté d'obtention de visa ?

En cas de difficulté d'obtention de visa, *Vous* avez la possibilité de modifier la *Date d'effet*, de suspendre ou d'annuler le contrat avant sa prise d'effet.

Pour une modification de *Date d'effet* : adressez-nous obligatoirement avant la prise d'effet une demande par écrit accompagnée du *Certificat de souscription* émis, en précisant les nouvelles dates de couverture.

Pour une suspension, adressez-nous obligatoirement avant la prise d'effet une demande par écrit accompagnée du *Certificat de souscription* émis. La suspension permet de conserver les droits du contrat pendant 6 mois maximum, à compter de la date d'émission de celui-ci.

Pour une annulation avant la prise d'effet, adressez-nous obligatoirement avant la *Date d'effet* une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du *Certificat de souscription* émis. Pour une annulation après la prise d'effet suite à un refus de visa, adressez-nous obligatoirement une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du *Certificat de souscription* émis ainsi que du justificatif de refus de visa.

En cas d'annulation (avant ou après la prise d'effet), la somme de 35€ sera systématiquement retenue.

6. Cotisations

6.1 Comment est déterminé le montant de votre *Cotisation* ?

La *Cotisation* peut évoluer au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du contrat.

La *Cotisation* est déterminée par la tranche d'âge et la durée de couverture choisie. L'âge pris en compte pour le calcul des *Cotisations* est celui que *Vous* avez à la *Date d'effet* du contrat. Les taxes actuelles à votre charge sont comprises dans la *Cotisation*. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la *Cotisation*.

6.2 Les modes de paiement

La *Cotisation* est payable d'avance dans son intégralité en euros. En cas d'impossibilité absolue de règlement en euros, le *Souscripteur* devra faire un virement sur le compte d'APRIL Mobilité dont les coordonnées lui seront communiquées, moyennant des frais bancaires à sa charge.

6.3 Que se passe-t-il en cas de non paiement des *Cotisations* ?

À défaut de paiement d'une *Cotisation* dans les 10 jours suivant l'échéance, APRIL Mobilité adressera au *Souscripteur* 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 Mobilité résiliera de plein droit. En outre, elle pourra réclamer en justice le paiement des *Cotisations* restant dues. En cas de mise en demeure pour non-paiement, la *Cotisation* deviendra exigible immédiatement pour la durée totale de

Conditions Générales

Valant note d'information
À conserver par l'assuré

couverture, conformément au Code des assurances français. 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.

Les dépenses engagées pendant la période de suspension des garanties ne pourront donner lieu à aucun remboursement au titre du présent contrat, même après règlement des *Cotisations*.

En cas de retour anticipé, aucun remboursement de Cotisation ne sera effectué.

7. Ce que couvre votre contrat et comment en bénéficier ?

7.1 Frais de santé

7.1.1 Nature et montant des remboursements

Est garanti le remboursement de toutes les dépenses de santé pour des actes mentionnés au tableau des garanties, prescrites par une *Autorité Médicale* qualifiée et qui seraient prises en charge par la Sécurité sociale française. Pour les actes intervenant en France, les conditions requises pour la mise en œuvre des garanties sont celles définies par référence à la nomenclature générale des actes professionnels de la Sécurité sociale française ou à la classification commune des actes médicaux ou par tout autre organisme similaire.

Les frais sont remboursés sous déduction **d'une Franchise de 30 € par acte** (hors *Hospitalisation*, soins et prothèses dentaires et frais d'optique suite à un *Accident caractérisé*) dans la limite des *Frais réels* et dans la limite globale indiquée au tableau des garanties, et des maxima contractuels.

Le montant maximum des remboursements de frais de santé est de 30 000 € par Assuré et par Période de couverture, sous déduction de

toute Indemnité ou prestation de même nature versée par la Sécurité sociale ou tout organisme public ou privé en France et à l'étranger.

En cas d'*Hospitalisation* dans l'Espace Schengen (hors de France) en Andorre, en Suisse, à Monaco ou dans votre *Pays de nationalité*, le plafond journalier est de 550 €. La kinésithérapie est remboursée uniquement après intervention chirurgicale, suite à un *Accident caractérisé* pris en charge et après accord préalable.

Sont pris en charge, sous réserve d'entente préalable, les frais de séjour en établissement de repos agréé par la Sécurité sociale française après intervention chirurgicale, s'ils débutent dans les 30 jours suivant l'*Hospitalisation* garantie.

7.1.2 Comment obtenir le Règlement direct de vos frais d'Hospitalisation de plus de 24h ?

APRIL Mobilité peut effectuer un *Règlement direct de vos frais d'Hospitalisation de plus de 24 heures* auprès de l'établissement hospitalier dans lequel *Vous* séjournez. APRIL Mobilité se mettra ainsi directement en contact avec l'hôpital.

Ce service est soumis à l'étude du Médecin conseil d'APRIL Mobilité.

Vous devez pour cela faire parvenir le formulaire d'Attestation Médicale Confidentielle complété par votre praticien. Pour obtenir ce formulaire ou tout renseignement complémentaire préalablement à votre Hospitalisation, veuillez :

- composer le +33 (0)1 73 02 93 99
- écrire à hospitalisation@aprilmobilite.com

Pour faciliter le traitement de votre demande :

- en cas d'*Hospitalisation* programmée, veuillez transmettre à APRIL

Tableau des garanties frais de santé :

1 Frais de santé	
Montant maximum des remboursements de frais de santé : 30 000 € par Période de couverture. Prise en charge des soins en cas de Maladie ou d'Accident.	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	au 1 ^{er} euro, jusqu'à 100% de la <i>Base de remboursement de la Sécurité sociale française</i>
<i>Règlement direct</i> lors d'une <i>Hospitalisation</i> de plus de 24h	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Consultations, visites, actes auprès de médecins généralistes et spécialistes	au 1 ^{er} euro, jusqu'à 100% de la <i>Base de remboursement de la Sécurité sociale française</i> Franchise de 30 € par acte
Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie, soins infirmiers*	
Kinésithérapie (suite à un Accident caractérisé et intervention chirurgicale prise en charge*)	
Soins dentaires (suite à un Accident caractérisé)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 € par an
Frais de prothèses dentaires (suite à un Accident caractérisé)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 300 € par an
Frais d'optique : verres et monture, ou lentilles (suite à un Accident caractérisé)	100% des <i>Frais réels</i> , jusqu'à 150 € par an

*Acte soumis à Accord préalable en cas de prescription de plus de 20 séances par Période de couverture

Conditions Générales

Valant note d'information
À conserver par l'assuré

Mobilité les justificatifs médicaux indiqués ci-dessus, 5 jours au plus tard avant votre admission à l'hôpital pour que puisse être mis en place le service de règlement direct en cas d'accord médical ;

- en cas d'*Hospitalisation* d'urgence, veuillez contacter APRIL Mobilité dès que possible afin que *Vous* soit transmis le formulaire d'*Attestation Médicale Confidentielle* (à faire compléter par votre praticien) nécessaire à l'étude de votre demande.

7.1.3 Comment procéder à une demande de remboursement ?

Pour obtenir le remboursement de votre *Hospitalisation* (si *Vous* n'avez pas utilisé le service de Règlement direct des frais d'*Hospitalisation* présenté au paragraphe 7.1.2), *Vous* devez :

→ faire compléter par votre médecin le formulaire « *Attestation Médicale Confidentielle* » précisant les dates et nature de l'affection et la date d'apparition des premiers symptômes ou les circonstances de l'*Accident* avec un rapport d'*Accident* à l'appui.

→ le retourner accompagné du compte rendu hospitalier à l'attention du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité :

- par fax : + 33 (0)1 73 02 93 90
- par email : hospitalisation@aprilmobilite.com
- par courrier : 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

Le formulaire « *Attestation Médicale Confidentielle* » est disponible sur votre extranet accessible à partir du site www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0) 1 73 02 93 93.

Pièces à fournir en cas de prescription d'actes en série (kinésithérapie suite à *Accident caractérisé* et intervention chirurgicale prise en charge et soins infirmiers) :

En cas de prescription de plus de 20 séances par période de couverture :

Avant le début des soins, *Vous* devez obtenir l'accord préalable du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité.

Pour cela, *Vous* devez faire compléter par votre médecin le **formulaire de Demande d'entente préalable** disponible sur votre extranet accessible à partir du site www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0) 1 73 02 93 93.

Pièces à fournir dans tous les cas, y compris en cas d'*Hospitalisation* :

Veuillez compléter le **formulaire de demande de remboursement** disponible sur votre extranet accessible à partir du site www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93 et le retourner à APRIL Mobilité dans les 3 mois qui suivent la date des soins, accompagné des pièces suivantes :

- les originaux des notes d'honoraires ou de frais, des preuves de paiement, des prescriptions médicales et des ordonnances acquittées, datées et mentionnant vos nom, prénoms et date de naissance, ainsi que le genre de *Maladie*, la nature, la date des visites et soins donnés. Les ordonnances doivent porter lisiblement la désignation et le prix des médicaments, et indiquer la monnaie locale ;
- si les soins sont dispensés en France ou ont été pris en charge par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, *Vous* devez joindre les feuilles de soins, ordonnances et vignettes pharmaceutiques ainsi que les bordereaux de remboursements, déjà effectués par la C.P.A.M. ou d'autres organismes avec votre numéro d'*Assuré* ;

- pour les remboursements des soins et prothèses dentaires, des frais d'optique et de la kinésithérapie, *Vous* devez joindre la preuve que les soins sont consécutifs à un *Accident caractérisé* tel que défini en page 3 ;
- pour les actes nécessitant un *Accord préalable*, la copie de l'*Accord préalable* d'APRIL Mobilité.

L'organisme assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires.

En cas de désaccord sur le montant du règlement, *Vous* devez avertir APRIL Mobilité dans les 3 mois qui suivent la date d'établissement du décompte. Aucune réclamation ne sera acceptée passé ce délai.

Modes de règlement :

Vous pouvez être remboursé :

- par chèque en euros sans frais à votre charge et expédié à l'adresse de votre choix ;
- par virement sur un compte bancaire en France (adresser un R.I.B.) sans frais à votre charge ;
- par virement sur un compte étranger, quel que soit le pays concerné et la devise (R.I.B. international obligatoire avec N°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque et numéro routing ou SORT code et ABA pour les États-Unis) en précisant la devise de votre choix et moyennant des frais bancaires à votre charge pour tout remboursement supérieur à la contre valeur de 75 € ;
- un tiers peut bénéficier des remboursements moyennant un courrier adressé à APRIL Mobilité et indiquant les noms, prénoms, les coordonnées postales et les coordonnées bancaires de la personne bénéficiaire.

Tout remboursement est subordonné à l'observation des prescriptions ci-dessus.

Assurances cumulatives :

Les remboursements du régime social de base éventuel, de l'organisme assureur et de tout autre organisme privé ou public ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, *Vous* pouvez obtenir l'indemnisation en *Vous* adressant à l'organisme de votre choix.

SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DU CONTRAT.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'organisme assureur pour chaque poste ou acte garanti.

7.2 Assistance rapatriement

7.2.1 Conditions d'application

Comment bénéficier de l'assistance rapatriement ?

Pour en bénéficier, il est impératif d'avoir l'**accord obligatoire et préalable d'APRIL Mobilité Assistance** en cas de *Maladie* ou d'*Accident grave* :

- soit en téléphonant en France au +33 (0)1 55 92 23 09,
- soit par fax au +33 (0)1 55 92 40 50.

Conditions Générales

Valant note d'information
À conserver par l'assuré

APRIL Mobilité Assistance n'intervient qu'après organisation des premiers secours décidée par une Autorité médicale compétente.

Dès le premier appel, l'Équipe médicale se met en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

L'organisation par *Vous-même* ou par votre entourage de l'une des assistances énoncées ci-dessous ne peut donner lieu à remboursement que si APRIL Mobilité Assistance a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès en *Vous* communiquant un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais seront remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par APRIL Mobilité Assistance si celle-ci avait elle-même organisé le service.

APRIL Mobilité Assistance ne peut être tenue responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, que *Vous* auriez subi à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. APRIL Mobilité Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

APRIL Mobilité Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des garanties prévues. Cependant, il est entendu que l'engagement d'APRIL Mobilité Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultats, compte tenu du contexte dans lequel pourraient s'effectuer les prestations.

7.2.2 Transport médical, rapatriement sanitaire

En cas d'*Accident* ou de *Maladie*, les médecins d'APRIL Mobilité Assistance contactent les médecins traitants sur place et prennent les décisions les mieux adaptées à votre état en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'Équipe médicale d'APRIL Mobilité Assistance recommande votre rapatriement, elle organise et prend en charge sa réalisation en fonction des seuls impératifs médicaux retenus par son Équipe médicale. La destination du rapatriement est :

- soit le centre hospitalier le mieux adapté,
- soit le centre hospitalier le plus proche de votre domicile dans votre *Pays de nationalité* ou dans votre *Pays de séjour*,
- soit votre domicile dans votre *Pays de nationalité* ou dans votre *Pays de séjour*.

Si *Vous* êtes hospitalisé dans un centre de soins hors du secteur hospitalier de votre domicile habituel dans votre *Pays de nationalité* ou de votre lieu de résidence dans votre *Pays de séjour*, APRIL Mobilité Assistance organise votre retour après *Consolidation* médicalement constatée et prend en charge votre transfert à votre domicile dans votre *Pays de séjour* ou votre *Pays de nationalité*. Les moyens de rapatriement peuvent être le véhicule sanitaire léger, l'ambulance, le train, l'avion de ligne ou l'avion sanitaire.

Le choix final du lieu d'*Hospitalisation*, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés relève exclusivement de la décision de l'Équipe médicale.

Tout refus de la solution proposée par l'Équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie d'assistance aux personnes. APRIL Mobilité Assistance peut *Vous* demander d'utiliser votre titre de transport si ce dernier peut être modifié.

7.2.3 Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil

Si *Vous* décédez, APRIL Mobilité Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps ou des cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans votre *Pays de nationalité*. APRIL Mobilité Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport. Les frais de cercueil liés au transport organisé par APRIL Mobilité Assistance sont pris en charge

à concurrence de 1 500 € maximum. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux et d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de votre famille. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif d'APRIL Mobilité Assistance.

7.2.4 Accompagnement du défunt

Si *Vous* décédez et si la présence d'un *Membre de votre famille* ou d'un *Proche* s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, APRIL Mobilité Assistance met à sa disposition un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe. **Cette prestation ne peut être mise en œuvre que si *Vous* êtes seul sur place au moment du décès.**

7.2.5 Limitations de garanties

Lorsque APRIL Mobilité Assistance organise et prend en charge un rapatriement ou transport, il peut *Vous* être demandé d'utiliser en priorité votre titre de voyage.

Lorsque APRIL Mobilité Assistance a assuré à ses frais votre retour, *Vous* devrez impérativement remettre à APRIL Mobilité Assistance le titre de transport non utilisé.

8. Ce qui est exclu de votre contrat

8.1 Exclusions de la garantie frais de santé

Outre les Exclusions communes à toutes les garanties détaillées au paragraphe 8.3, sont exclus de la garantie :

- les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la part de la Sécurité sociale française, au titre de l'assurance maladie ;
- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une *Autorité médicale* qualifiée et qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité sociale française ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales, la thalassothérapie ;
- tout traitement lié à la stérilité, la fertilité ou à la contraception ;
- les traitements (consultation, pharmacie, *Hospitalisation*...) de psychothérapie, de psychiatrie, de psychanalyse, de *Maladies mentales*, dépressives ou nerveuses ;
- les médecines douces ou alternatives ;
- les frais de vaccination, les soins liés à la dermatologie, les bilans de santé et les suites de *Maladies* tropicales ;
- les frais qui auraient pu être effectués à votre retour dans votre *Pays de nationalité* ;
- les frais annexes, tels que les frais de téléphone en cas d'*Hospitalisation* ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais d'*Hospitalisation* ou de séjour en établissement non agréé par l'autorité publique compétente du pays où les frais sont engagés ;
- les frais de transport (ambulance, taxi...) et le forfait journalier ;
- les services de fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic ou au traitement de la *Maladie* ;
- les soins et prothèses dentaires, les frais d'optique, de kinésithérapie sauf si les frais font suite à un *Accident* caractérisé ;
- les frais d'*Hospitalisation* médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui *Vous* ont accueilli ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les actes d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers et kinésithérapie suite à un *Accident* caractérisé ;
- les prothèses (hors prothèses dentaires suite à un *Accident* caractérisé) ;
- les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne, dans les

Conditions Générales

Valant note d'information
À conserver par l'assuré

maisons de repos ;

- tout *Hospitalisation* programmée, au moment de la souscription, dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet des garanties du contrat, quel qu'en soit le motif ;
- les médicaments et traitements d'aide à l'arrêt du tabac ;
- les soins nécessitant une entente préalable dispensés sans entente préalable.

8.2 Exclusions de la garantie assistance rapatriement

Outre les Exclusions prévues au paragraphe 8.3 ci-après, ne sont pas garantis au titre de la garantie assistance, les frais résultant des faits ou événements suivants (ils ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation à quelque titre que ce soit, et ne pourront donner lieu à l'intervention d'APRIL Mobilité Assistance) :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne *Vous* empêchent pas de poursuivre votre déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les *Maladies* antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- les affections ayant donné lieu à une *Hospitalisation* dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les traitements de la stérilité ;
- les états de grossesse, les accouchements et leurs suites concernant les nouveau-nés, les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique, les soins de dermatologie, les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessitées ou imposées par un déplacement ou un voyage ;
- les *Maladies* tropicales, les *Maladies* ou malformations congénitales ;
- les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- les conséquences de la participation à un pari, un défi, un duel ou un crime ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique des activités sportives ;
- les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance ;
- les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

Au titre de la garantie assistance rapatriement, ne sont pas pris en charge et ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais médicaux, les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation, les frais de contraception et de traitement de la stérilité, les frais de lunettes, de verres de contact, les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les transports répétitifs nécessités par votre état de santé.

Les Exclusions médicales de la garantie assistance rapatriement peuvent faire l'objet de garanties de la couverture frais de santé prévue au contrat.

8.3 Exclusions communes à toutes les garanties

Sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- de vos faits intentionnels ou dolosifs et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel *Vous* séjournez ;
- de la participation volontaire à des rixes, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes sauf en cas de légitime défense ;
- de la pratique, à titre professionnel de tout sport et, à titre amateur, des sports de défense, de combat ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des grèves, des actes de terrorisme, de piraterie, de sabotage ;
- de votre suicide ou tentative de suicide, de l'usage de drogue ou de stupéfiants hors prescription médicale, de votre alcoolémie ou ivresse (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du *Sinistre* dans le pays de survenance ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblement de terre, inondation, raz de marée et autres cataclysmes, sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des *Accidents* ou des *Maladies*, affections, malformations antérieures à la *Date d'effet* de la souscription, sujets à rechutes ou non consolidés, des *Maladies* ou malformations congénitales et non déclarées à la souscription ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que l'ULM, le deltaplane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, le kitesurf et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération, à titre professionnel ou amateur ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- d'activités sportives impliquant l'utilisation ou la présence d'un animal telles que les compétitions équestres, corridas ;
- des *Accidents* de navigation aérienne sauf si *Vous* avez la qualité de simple passager et que *Vous* vous trouvez à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences.

Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la Demande de souscription au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande de souscription et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée au *Souscripteur* par courrier et acceptée par le *Souscripteur*.

9. Dispositions générales

9.1 Qui assure votre contrat ?

Le présent contrat d'assurance est assuré :

Pour la garantie frais de santé :

par Axéria Prévoyance (contrat n° APRMOB0107) - société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances français, dont le siège social se situe 83-85, boulevard

Conditions Générales

Valant note d'information
À conserver par l'assuré

Vivier Merle, 69003 Lyon, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129.

Pour la garantie assistance rapatriement :

par ACE EUROPE (Contrat n° FR32022526), les prestations d'assistance étant fournies par AXA Assistance (contrat n°7203173), entreprise régie par le Code des assurances français. Siège social : 100 Leadenhall street - Londres EC3A3BP, ROYAUME-UNI. Société de droit étranger enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892. Direction générale pour la France située Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE. Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374 (code APE : 660E).

La gestion administrative de ces contrats est déléguée à APRIL Mobilité, société anonyme au capital de 200 000 €, intermédiaire en assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 309 707 727 et à l'ORIAS sous le n° 07 008 000 (www.orias.fr) située 110, avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE.

9.2 Cadre légal

Les autorités chargées du contrôle des organismes assureurs sont :

- pour le contrat d'assurance : l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE,
- pour le contrat d'assistance : Financial Services Authority, située 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14EHS, ROYAUME-UNI.

APRIL Mobilité est soumise à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), située 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, FRANCE.

Les garanties et niveaux de remboursement du présent contrat seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats de droit français.

Ces contrats sont régis par :

- le Code des assurances français,
- les présentes conditions générales,
- les *Certificats de souscription* remis aux *Souscripteurs*.

9.3 Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code des assurances français.

9.4 Subrogation

Il est stipulé que l'organisme assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances français relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

Si *Vous* êtes victime d'un *Accident* de la circulation (impliquant un véhicule automobile), *Vous* devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'organisme assureur de l'auteur de l'*Accident* qui le sollicite le nom de l'organisme assureur frais de santé en tant que tiers-payeur.

9.5 Contrôle

L'organisme assureur se réserve le droit de contester le bien-fondé de certaines décisions et de *Vous* demander de lui fournir les justificatifs nécessaires à l'exacte appréciation des garanties, notamment par communication de certificats médicaux, comptes-rendus opératoires et/ou contre-expertise du médecin de l'organisme assureur.

9.6 Conciliation/Juridiction

En cas de difficultés dans l'application du contrat, *Vous* êtes invité à consulter APRIL Mobilité (110, avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE).

Vous pourrez également demander l'avis d'un médiateur si la réponse donnée ne *Vous* donnait pas satisfaction. Les conditions d'accès à ce médiateur seront communiquées sur simple demande transmise à l'adresse ci-dessus.

9.7 Loi Informatique et Libertés

Vous avez le droit de demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'APRIL Mobilité de ses mandataires ou des organismes assureurs. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du siège d'APRIL Mobilité (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée).

APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays de nationalité, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (exAIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs

www.aprilmobilite.com

APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions

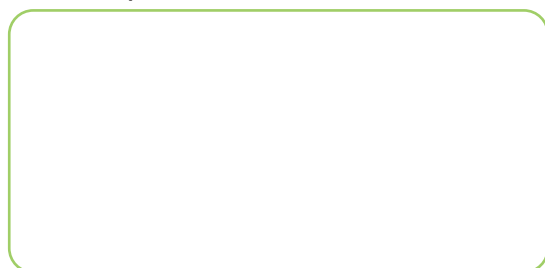
www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À 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 **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 500 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.com

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Tailbout 75436 Paris cedex 09

