



Complémentaire santé senior

Restez serein face
à vos dépenses de
santé et profitez
pleinement de
chaque moment.

Avec APRIL Santé Globale +, profitez d'une
offre santé simple et très complète.

SPÉCIAL
50 ANS
ET +



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Une solution complète pour rester serein face à ses dépenses de santé

En plus de ses garanties particulièrement adaptées aux besoins des plus de 50 ans, APRIL Santé Globale + vous procure confort et tranquillité d'esprit grâce à sa protection optimale. De plus, ses garanties fidélisantes vous permettent d'être encore mieux remboursé sur vos dépenses de santé en 2^{ème} et 3^{ème} année d'adhésion.

DES GARANTIES DE BASE TRÈS COMPLÈTES

● L'HOSPITALISATION

Une prise en charge des honoraires chirurgicaux jusqu'à 350% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

● LES FRAIS MÉDICAUX

Jusqu'à 300% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les analyses et pour les consultations chez votre médecin DPTAM.

● LES FRAIS OPTIQUES

Des garanties jusqu'à 400 € pour un équipement complet comprenant deux verres et une monture.

● LES FRAIS DENTAIRES

Jusqu'à 375% pour les prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale.

● L'APPAREILLAGE OPTIQUE ET AUDITIF

Prise en charge du petit et gros appareillage, des prothèses auditives, des loupes...

● LA PHARMACIE

Tous les médicaments remboursés par la Sécurité sociale.

UN CONTRAT RÉCOMPENSANT VOTRE FIDÉLITÉ AVEC DES GARANTIES BOOSTÉES EN 2^{ÈME} ET 3^{ÈME} ANNÉE D'ADHÉSION



Jusqu'à **400 %** en 3^{ème} année



Jusqu'à **350 %** en 3^{ème} année pour les consultations chez votre médecin DPTAM



Jusqu'à **450 €** à compter de la 3^{ème} année d'adhésion



**Pas d'avance
DE FRAIS
avec le Tiers
Payant**

Une offre souple et personnalisable selon vos besoins



Grâce à l'option Pack Confort et Bien-Être, vous pouvez ajuster vos garanties selon vos habitudes de soins.

- Toutes les garanties de confort sont rassemblées dans une option unique.
- Le Pack Confort et Bien-Être comprend la chambre particulière, les frais d'accompagnant, les médecines naturelles, la cure thermale, les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale. **Consulter la page 8 pour le détail des garanties.**
- L'option propose 3 niveaux : Avantage, Equilibre et Privilège.
- A partir du niveau 2 en garanties de base, vous êtes libre de choisir le niveau de votre option.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
PACK Confort et Bien-Être	Niveau Avantage					
	Niveau Équilibre					
	Niveau Privilège					

Lysiane, 65 ans, a choisi l'option

« Adepte des médecines alternatives, je consulte plusieurs fois par an des homéopathes et ostéopathes. Avec APRIL Santé Globale +, j'ai pu choisir un haut niveau d'option avec un faible niveau sur les garanties de base ! C'est parfait pour moi.»



Soyez rassuré, malgré le désengagement de la Sécurité sociale sur l'homéopathie, le Pack Confort et Bien-Être prend en charge vos dépenses d'homéopathie sur le poste Médicaments non remboursés jusqu'à 50€ par année d'adhésion et par assuré.

Bénéficiez de tarifs attractifs grâce à une complémentaire santé responsable

En encourageant les comportements de santé raisonnés, APRIL vous propose un tarif attractif et maîtrisé dans le temps.

COMMENT CELA FONCTIONNE-T-IL ?

SUR L'HOSPITALISATION, LES FRAIS DENTAIRES, OPTIQUES ET AUDITIFS

- Les remboursements sont **limités sur tous les postes HORS soins courants et 100% Santé pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties de chaque assuré.**
- Pendant ces 3 premiers mois :
 - en cas d'hospitalisation, vous êtes bien pris en charge mais sans dépassement d'honoraires sauf en cas d'accident.
 - concernant les frais dentaires remboursés par la Sécurité sociale, les frais d'équipement optique et les aides auditives, votre remboursement est limité à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
 - enfin, pour les garanties non remboursées par la Sécurité sociale, un délai d'attente de 3 mois sur les postes suivants sera appliqué avant le déclenchement des remboursements :
 - > Autres frais dentaires
 - > Chirurgie réfractive de l'oeil
 - > Accessoires optiques



Réalisez des économies sur votre budget santé

BÉNÉFICIEZ D'UNE RÉDUCTION COUPLE

- Réduction de **10%** de la cotisation TTC pour les couples avec ou sans enfant sur les garanties de base.

LA RÉDUCTION MULTI-ÉQUIPEMENT

- En plus de votre complémentaire santé, vous souhaitez renforcer votre protection avec des contrats qui correspondent à vos besoins, tout en maîtrisant votre budget ? Pensez à la prévoyance privée !
10% de réduction viagère des cotisations totales TTC sur le contrat APRIL Santé Globale + et sur les contrats de prévoyance suivants, en cas de souscription simultanée avec un contrat de prévoyance :

- Sérénité Obsèques APRIL ⁽¹⁾
- Accident APRIL ⁽¹⁾
- Tempo Décès APRIL ⁽¹⁾

2 contrats
= des économies !

⁽¹⁾ La réduction s'appliquera au moment de la prise d'effet du deuxième contrat. Offre réservée pour toute souscription d'un contrat Sérénité Obsèques APRIL, Accident APRIL, Tempo APRIL d'un montant minimum de 180 € TTC/an, hors réduction.

Toutes vos démarches en ligne, sur l'Espace Assuré

Un Espace Assuré accessible 7j/7 et 24h/24, pour réaliser vos démarches et accéder à vos services.

✓ RÉALISEZ VOS DEMANDES

- Déposez vos demandes de remboursements
- Demandez un devis optique, dentaire ou une prise en charge hospitalisation
- Visualisez vos remboursements en temps réel
- Réalisez des simulations de remboursements
- Posez toute question concernant votre contrat
- Informez APRIL de tout changement de situation

VOTRE ESPACE ASSURÉ, AUSSI EN APPLI !
Retrouvez votre Espace Assuré sur mobile en téléchargeant gratuitement notre application « APRIL Santé Prévoyance Emprunteur »



📁 ACCÉDEZ ET RÉÉDITEZ VOS DOCUMENTS

- Votre carte de Tiers-Payant
- Votre certificat d'adhésion
- Vos conditions générales
- Vos relevés de prestations
- Votre résumé de garanties
- Votre appel de cotisations, etc.

👤 MODIFIEZ VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

- Votre Relevé d'Identité Bancaire
- Votre email
- Votre adresse
- Votre numéro de téléphone

Des avantages inclus dans votre contrat

Réseau de soins Kalixia

Bénéficiez d'un réseau de soins complet et de qualité en optique, audiologie, dentaire et ostéopathie.

livi SERVICE DE TÉLÉMÉDECINE INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Consultez en visioconférence un médecin généraliste ou un spécialiste. Un service accessible 7j/7, de 6h à 0h, depuis votre Espace Assuré.

19 000
professionnels de santé qualifiés

DES RÉDUCTIONS ET TARIFS NÉGOCIÉS POUR LIMITER VOTRE RESTE À CHARGE

UNE COUVERTURE NATIONALE

Avec plus 19 000 professionnels qualifiés sur toute la France, y compris Corse, DROM-COM.



DES TARIFS PRÉFÉRENTIELS

Jusqu'à 40 % de réductions sur des soins et équipements coûteux grâce à des tarifs négociés.



UN RÉSEAU AU PLUS PRÈS DE VOUS

Grâce à la géolocalisation, trouvez les professionnels de santé au plus proche de chez vous depuis votre Espace Assuré et votre application.

Avec **Kalixia**



Pas d'avance de frais, grâce au tiers payant systématique (hors ostéopathie)

40%
de réductions pour limiter votre reste à charge

Garanties

APRIL Santé Globale +

AVEC KALIXIA

PAS D'AVANCE DE FRAIS,
GRÂCE AU TIERS PAYANT
SYSTÉMATIQUE
(hors ostéopathie)

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables : vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Soins courants et Honoraires en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.

Les frais engagés au titre des garanties non remboursées par la Sécurité sociale et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

			NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*								
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ								
Frais de séjour			Frais réels					
Forfait journalier hospitalier			Frais réels					
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	125%	150%	200%	300%	350%
	<i>Bonus fidélité : en année 2</i>		125%	150%	175%	225%	325%	375%
	<i>Bonus fidélité : en année 3</i>		150%	175%	200%	250%	350%	400%
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100%	100%	105%	130%	180%	200%	200%
	<i>Bonus fidélité : en année 2</i>		105%	130%	155%	200%	200%	200%
	<i>Bonus fidélité : en année 3</i>		130%	155%	180%	200%	200%	200%
SÉJOURS EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE								
Frais de séjour			Frais réels					
Forfait journalier hospitalier			Frais réels					
Honoraires et frais médicaux			100%					
SOINS COURANTS								
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾		100%	125%	150%	200%	250%	300%
	<i>Bonus fidélité : en année 2</i>		125%	150%	175%	225%	275%	325%
	<i>Bonus fidélité : en année 3</i>		150%	175%	200%	250%	300%	350%
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾		100%	105%	130%	180%	200%	200%
	<i>Bonus fidélité : en année 2</i>		105%	130%	155%	200%	200%	200%
	<i>Bonus fidélité : en année 3</i>		130%	155%	180%	200%	200%	200%
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾			125%	150%	200%	250%	300%
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾		100%	105%	130%	180%	200%	200%
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)			100%	125%	150%	200%	250%	300%
Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds			Frais réels					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)			100%	125%	150%	200%	250%	250%
Transport			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾			100% BR					
DENTAIRE								
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100%		100%	125%	125%	150%	150%	200%
Soins et prothèses "100% Santé" remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾			Frais réels					
Prothèses "Offre Modérée" et "Offre Libre" remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100%		100%	150%	200%	250%	350%	375%
Plafond prothèses «Offre Modérée» et «Offre Libre» remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾ (par année d'adhésion) Hors soins et prothèses «100% Santé» remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾			-	-	-	1 500 € Au-delà : 100 % BR	1 500 € Au-delà : 100 % BR	2 000 € Au-delà : 100 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie (par année d'adhésion)		-	-	100 €	150 €	200 €	250 €	400 €

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Soins courants et Honoraires en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.

Les frais engagés au titre des garanties non remboursées par la Sécurité sociale et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

NIVEAU 1 NIVEAU 2 NIVEAU 3 NIVEAU 4 NIVEAU 5 NIVEAU 6

OPTIQUE

S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait, les remboursements des montures sont limités à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.

Équipement		Frais réels					
Équipement "100% Santé" Classe A ⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appariage et d'adaptation de la correction visuelle							
Équipement "Offre libre" Classe B ⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) ⁽⁵⁾			100 €				
Équipement "Offre libre" Classe B ⁽⁴⁾ : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ⁽⁵⁾	100%	100%	125 €	150 €	200 €	250 €	350 €
Équipement "Offre libre" Classe B ⁽⁴⁾ : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) ⁽⁵⁾			200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Bonus fidélité lunettes (pour un équipement complet de Classe B) : à compter de la 3^{ème} année d'adhésion, la garantie augmente					+50 €		
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100%	100%	50% des frais réels				
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B ⁽⁴⁾		Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels. Les éléments de Classe A seront pris en charge à hauteur des frais réels.					
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	100%	100% + 20 €	100% + 70 €	100% + 120 €	100% + 170 €	100% + 200 €	100% + 250 €
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie) (par année d'adhésion)	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Accessoires optique (loupes, lunettes loupes) (par année d'adhésion)	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €

AIDES AUDITIVES

AIDES AUDITIVES

(Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)

Équipements «100% Santé» Classe I ⁽⁶⁾	Frais réels						
Équipements «Offre libre» Classe II ⁽⁶⁾	100%	100% + 200 €	100% + 300 €	100% + 400 €	100% + 450 €	100% + 500 €	100% + 600 €
Accessoires		100%					

AUTRES PRESTATIONS

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française

	100%	100%	100%	100%	100%	100%
--	------	------	------	------	------	------

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM-ACO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Prise en charge selon les limitations prévues par le dispositif «Mon Soutien Psy».

(3) Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(4) Tels que définis réglementairement, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte.

Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire

et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet et par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(5) Se référer au tableau d'explication figurant ci-dessous et sur les conditions générales pour connaître le détail des Catégories 1, 2 et 3.

(6) Tels que définis réglementairement. Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond maximum de prise en charge Régime Obligatoire + complémentaire santé de 1 700 € par oreille). Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement.

Pack Confort et Bien-Être

À partir de **13,37 €**
TTC/ MOIS *

Les niveaux Equilibre et Privilège sont accessibles uniquement si vous choisissez les niveaux de base entre 2 et 6.

	Niveau Avantage	Niveau Equilibre	Niveau Privilège
Chambre particulière en secteur conventionné : <ul style="list-style-type: none"> ● Prise en charge illimitée pour les séjours en médecine chirurgie ● dans la limite de 30 jours pour les séjours en soins médicaux et de réadaptation ● hors hospitalisation psychiatrique 	45€/Jour	70€/jour	90€/Jour
Frais d'accompagnant enfant ou conjoint assuré : <ul style="list-style-type: none"> ● Prise en charge illimitée pour les séjours en médecine et chirurgie ● dans la limite de 30 jours pour les séjours en soins médicaux et de réadaptation ● hors hospitalisation psychiatrique 	20€/Jour	30€/jour	40€/Jour
Forfait médecines naturelles par année d'adhésion et par assuré : <ul style="list-style-type: none"> ● ostéopathe / homéopathe / acupuncteur / chiropracteur / microkinésithérapeute / étio-pathe / diététicien / naturopathe / podologue / réflexologue / sophrologue / luminothérapeute / hypnothérapeute / psychologue 	100 €	150 €	200 €
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale par année d'adhésion et par assuré	150 €	200 €	300 €
Médicaments non remboursés (prescrits ou non) par année d'adhésion et par assuré	25 €	40 €	50 €

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est $\leq + 4,00$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est \leq à 6,00

CATÉGORIE 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 6,00 et 0 s] et dont le cylindre est $> \grave{a} + 4,00$
 - dont la sphère est $< \grave{a} -6,00$ et dont le cylindre est $\geq \grave{a} 0,25$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est $> \grave{a} 6,00$
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est [-8,00 et + 8,00]
 - dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00]
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est $\leq \grave{a} +4,00$
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est $> \grave{a} + 4,00$

CATÉGORIE 2

- 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- 1 Verre de la catégorie 3

- dont la sphère est $< \grave{a} - 8,00$ et dont le cylindre est $\geq \grave{a} 0,25$
- dont la sphère est positive et dont la somme S* est $\leq \grave{a} 8,00$
- dont la sphère est positive et dont la somme S* est $> \grave{a} 8,00$



- 1 Verre de la catégorie 3
- Et
- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)



LA RÉFORME 100% SANTÉ, C'EST QUOI ?

La réforme 100 % Santé consiste à favoriser l'accès aux soins sur les postes où le reste à charge est parfois élevé pour les patients, soit en optique, en dentaire et en audiologie.

Les professionnels de santé sont contraints de respecter le plafonnement des tarifs des soins concernés et les complémentaires santé ont l'obligation de prendre en charge ces soins à hauteur de ces plafonds, en complément du remboursement de la Sécurité sociale. Ils peuvent en parallèle proposer d'autres offres avec un tarif libre.

* Pour une personne seule en 2025 et pour un paiement mensuel de la cotisation sur 12 mois.

Pourquoi choisir APRIL ?



DES OFFRES PERSONNALISÉES

Quels que soient votre profil, votre budget ou vos besoins, découvrez nos solutions adaptées en santé, prévoyance professionnelle et familiale et assurance de prêt



DES SERVICES QUI VOUS FACILITENT LA VIE

Un Espace Assuré accessible 7j/7 et 24h/24, pour réaliser vos démarches et accéder à nos services

•
Des avantages clients exclusifs



UNE ENTREPRISE RESPONSABLE

La Fondation APRIL s'engage tous les jours pour une « santé autrement » à travers ses actions et ses publications



UN TRAITEMENT EFFICACE DE VOS DEMANDES

Gagnez du temps avec l'adhésion 100% en ligne



DES CONSEILLERS DISPONIBLES

Lors de votre adhésion, vous bénéficiez d'un accompagnement personnalisé dans le recueil de votre état de santé, avec la Télésélection médicale

•
Nos conseillers vous répondent 5j/7 du lundi au vendredi



Comment déposer une réclamation ?

Pour toute réclamation, l'adhérent ou l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations en complétant le formulaire réclamation disponible sur l'espace assuré ou par mail : reclamations@april.com ou par courrier Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 12 rue Juliette Récamier – CS15555 – 69452 LYON Cedex 06.

APRIL s'attache à apporter une réponse sous dix (10) jours ouvrables, et dans un délai de traitement maximal qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Si le désaccord persiste, l'adhérent ou l'assuré pourra faire appel au Médiateur compétent.

Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite. Si la réponse apportée ne satisfait pas ou si aucune réponse n'a été apportée dans les deux (2) mois suivant l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent ou l'assuré pourra saisir la Médiation de l'Assurance.

- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche n'empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si l'adhérent ou l'assuré le souhaite.
- Le médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.
- Le médiateur doit être saisi dans un délai maximum de 1 an à compter de la date de la première réclamation

L'adhérent ou l'assuré peut contacter la Médiation de l'Assurance :

- Par courrier : la Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris cedex 09
- Ou par voie électronique en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org/> Rubrique : Je saisis le Médiateur

Si l'adhérent a adhéré au contrat à distance par Internet, il peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

Il est conseillé à l'adhérent ou l'assuré de s'adresser au Service Réclamations d'APRIL qui l'orientera au mieux et pourra lui fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.





À propos d'APRIL, l'assurance en plus facile

APRIL est le leader du courtage grossiste en France avec un réseau de 15 000 courtiers partenaires. Les 2 900 collaborateurs d'APRIL ont l'ambition de proposer à leurs clients et partenaires – particuliers, professionnels et entreprises – une expérience remarquable alliant le meilleur des relations humaines et de la technologie, en santé et prévoyance des particuliers, professionnels et TPE, en assurance des emprunteurs, en santé internationale, en dommages de niches et en gestion de patrimoine. APRIL ambitionne de devenir un acteur digital, omnicanal et agile, champion de l'expérience client et leader sur ses marchés tout en s'engageant sur les enjeux de Responsabilité Sociétale structurés au sein de sa démarche Oxygen.

Le groupe APRIL opère dans 18 pays et a enregistré en 2023 un chiffre d'affaires de 630 M€.

Contactez
votre assureur-conseil :


association
des assurés
april

ÉCOUTER - AGIR - SOUTENIR

Tout adhérent d'un contrat souscrit par l'Association des Assurés APRIL, devient automatiquement membre de l'Association. Vous accédez ainsi, au-delà de vos garanties d'assurance, aux soutiens de l'Association.

Retrouvez toutes les conditions de ces soutiens sur www.association-assures-april.fr

 **APRIL** Santé Prévoyance

12 rue Juliette Récamier
CS15555
69452 LYON Cedex 06

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orientas.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par QUATREM, société du groupe Malakoff Humanis.

 **april**

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE