



Avantage
spécial
pour les
45-60 ans

SANTÉ DU PARTICULIER

Vivez pleinement chaque instant **grâce à une assurance santé pensée pour vous**

Avec APRIL Santé Zen, bénéficiez de larges garanties qui vous assurent une protection sans tracas.



Une offre personnalisable pour répondre à vos besoins les plus précis

Jusqu'à 6 niveaux de garanties responsables au choix pour répondre aux besoins essentiels

HOSPITALISATION :

- Prise en charge des honoraires chirurgicaux jusqu'à 300 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SOINS COURANTS :

- Consultations généralistes, spécialistes jusqu'à 300 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale

OPTIQUE :

- Jusqu'à 350 € pour l'équipement optique
- Jusqu'à 250 € pour les lentilles refusées

DENTAIRE :

- Jusqu'à 400 % de la Base de Remboursement sur les prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre », plafond dentaire jusqu'à 2 500 € (au delà 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale)
- Jusqu'à 250 % de la Base de Remboursement sur orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

AIDES AUDITIVES :

- Équipements auditifs à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale

À COMPLÉTER DU RENFORT BIEN-ÊTRE ACCESSIBLE DÈS LE 1^{er} NIVEAU

Ce produit comprend des limitations de garanties qui ne conviendront peut-être pas aux personnes ayant des soins dans les premiers mois après l'adhésion.

Il s'agit d'une période de 3 mois à compter de la prise d'effet des garanties pendant laquelle les remboursements sont limités à 100 % de la Base de Remboursement sur toutes les garanties de base.

Les garanties prises en charge dans le renfort ne donneront lieu à aucun remboursement pendant le délai d'attente de 3 mois suivant la date d'effet des garanties.



Complétez votre offre avec le renfort Bien-Être, pour une couverture optimale

Le renfort Bien-Être vous permet d'enrichir votre socle de garanties en fonction de vos besoins et habitudes de soins.

Formule

1

Conditionnée à l'adhésion du niveau 1 ou 2 du socle

Formule

2

Conditionnée à l'adhésion du niveau 3 ou 4 du socle

Formule

3

Conditionnée à l'adhésion du niveau 5 ou 6 du socle

EXEMPLES

- Chambre particulière, jusqu'à 110 €
- Frais accompagnant, jusqu'à 50 €
- Médecines naturelles, jusqu'à 150 €
- Médicaments prescrit non remboursés par la Sécurité sociale jusqu'à 70 €
- Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale jusqu'à 150 €
- Forfait supplémentaire sur les verres « Offre libre » Classe B jusqu'à +150 € en complément du socle
- Aides auditives jusqu'à 350 €/oreille

BON À SAVOIR

Ce produit comprend des limitations et des délais d'attente qui ne conviendront peut-être pas aux personnes ayant des soins dans les trois (3) premiers mois après de la prise d'effet des garanties:

- Les remboursements sont limités à 100 % de la Base de Remboursements (Honoraires médicaux et chirurgicaux, consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale, matériel médical, soins dentaires, inlays/onlays remboursés par la Sécurité sociale, prothèses dentaires « Offres Modérée » et « Offre Libre », orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, équipements optique « Offre libre » Classe B, prestation d'adaptation de la correction visuelle, lentilles acceptées par la Sécurité Sociale).
- Les postes bénéficiant de délais d'attente ne pourront pas être remboursés durant une durée de trois (3) mois (chambre particulière, frais accompagnant, médecines naturelles, médicaments prescrits non remboursés, autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, lentilles refusées par la Sécurité sociale, Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser, aides auditives « Offre libre » Classe II).

Les limitations et les délais d'attente s'appliquent sur le socle et le renfort.

APRIL Santé Zen, une couverture qui s'adapte à vos besoins



À partir de 57,49 € TTC/mois

Tarif 2025 pour une personne de 45 ans habitant en Corrèze ayant souscrit à un niveau 2 et pour un paiement de la cotisation sur 12 mois.



À partir de 76,22 € TTC/mois

Tarif 2025 pour une personne de 50 ans habitant en Haute-Marne ayant souscrit à un niveau 3 et pour un paiement de la cotisation sur 12 mois.



À partir de 240,43 € TTC/mois

Tarif 2025 pour un couple de 60 ans habitant dans le Lot-et-Garonne ayant souscrit à un niveau 4 et pour un paiement de la cotisation sur 12 mois.



... pour tous les adhérents

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* :

- Soutien Juridique :

Des équipes de juristes vous informent dans tous les domaines de la vie quotidienne : droit de la famille, du travail, de la santé, de la consommation...

- Soutien Hospitalisation :

Pour faciliter votre retour au domicile (garde d'enfants, aide-ménagère...).

- Soutien Frais de santé, Soutien Psychologique, Soutien Cotisations et Soutien Aidants :

En cas de coup dur et sous certaines conditions de ressources, l'Association peut prendre en charge tout ou partie de vos frais de santé onéreux, de votre cotisation ou des frais de séjour de répit pour un membre de votre famille dépendant.

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

Réalisez des économies sur votre budget santé

LA RÉDUCTION COUPLE

RÉDUCTION COUPLE AVEC
OU SANS ENFANT :
– 10 % sur la cotisation sur le
socle et le renfort*

* Cette offre produit n'est pas
éligible à la réduction en cas
de multi-équipement.



Garanties APRIL Santé Zen

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 du *Régime Obligatoire*, 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 et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires. 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, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) ainsi que les équipements optiques de classe B (Offre libre) 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* sauf en cas de rachat. Les garanties prises en charge dans le Renfort Bien-Être 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* que l'option rachat ait été souscrite ou non. Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garantie souscrit.

SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS

BR : Base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale, telle que définie à l'article 2.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée tels que définis à l'article 2 qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie - Chirurgie et

Obstétrique).

FR : Frais réellement engagés par l'adhérent ou ayant droit assuré sous déduction du remboursement du régime obligatoire de protection sociale.

HLF : Honoraires Limites de Facturation

PLV : Prix Limites de Vente

RO : Régime obligatoire de protection sociale.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNE*							
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 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
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 % BR					
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
				Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat			
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾		100 % BR				
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR					
Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds		Frais réels					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %		100 % BR					
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %		100 % BR					
Transport		100 % BR					
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	100 % BR		125 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾		100 % BR					
DENTAIRE							
Soins dentaires, Inlays–Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾		Frais réels					
Prothèses « Offre Modérée » ⁽³⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR		200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Plafond prothèses « Offre Modérée » ⁽³⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale ⁽³⁾ Hors soins et prothèses « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale		–	–	1 500 € au-delà 100 % BR*	2 000 € au-delà 100 % BR	2 500 € au-delà 100 % BR	2 500 € au-delà 100 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR		150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
			Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
OPTIQUE						
La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. Le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans sur les niveaux responsables à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou en cas de souscription du niveau Access non responsable. 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 « 100 % Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle ⁽⁵⁾	Frais réels					
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.					
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)		125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)		200 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Pour les équipements « Offre libre » Classe B	Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100 % BR	50 % des frais réels				
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale par Année d'Adhésion	100 % BR	100 % BR + 35 €	100 % BR + 70 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 170 €	100 % BR + 200 €
		Limité à 100 % BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Lentilles refusées par la Sécurité sociale par Année d'Adhésion	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
Chirurgie réfractive et traitement de l'oeil au laser par Année d'Adhésion et par œil	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat				
AIDES AUDITIVES						
Aides auditives ⁽⁶⁾ (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 ⁽⁵⁾	Frais réels					
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille ⁽⁷⁾	100 % BR					
Accessoires	100 % BR					
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN						
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR					

BR : Base de remboursement

* 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 frais optiques 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 prix limites de vente prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(5) S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A « 100 % Santé » ou Classe B « Offre Libre » composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.

(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. 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.

(7) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime Obligatoire.

Renfort Bien-Être	Formule 1		Formule 2	Formule 3
	Pour Niveau 1	Pour Niveau 2	Pour Niveau 3 ou 4	Pour Niveau 5 ou 6
Chambre particulière en secteur conventionné – par jour et par assuré – dans la limite de 30 jours pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, séjours en soins médicaux et de réadaptation. Hors hospitalisation psychiatrique	50 €	50 €	80 €	110 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) en secteur conventionné – par jour – dans la limite de 30 jours pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, séjours en soins médicaux et de réadaptation. Hors hospitalisation psychiatrique	25 €	25 €	35 €	50 €
Forfait médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute – par année d'adhésion et par assuré	100 €	100 €	125 €	150 €
Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale – par année d'adhésion et par assuré	50 €	50 €	60 €	70 €
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie (sauf esthétique) – par année d'adhésion et par assuré	50 €	50 €	100 €	150 €
Renfort optique : forfait supplémentaire sur les verres « Offre libre » Classe B uniquement – par assuré, valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.	-	+ 50 €	+100 €	+ 150 €
Renfort aides auditives – le forfait se renouvelle tous les 4 ans à compter de la dernière acquisition pour l'« Offre libre » Classe II	150 €/oreille	150 €/oreille	250 €/oreille	350 €/oreille

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

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

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

* Somme $S = (\text{sphère} + \text{cylindre})$

CATÉGORIE 2

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

- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est $[-8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $\leq +4,00$
 - dont la sphère est $[-8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $> +4,00$
 - dont la sphère est $< -8,00$ et dont le cylindre est $\geq +0,25$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $\leq +8,00$
 - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> +8,00$

ou

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

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.

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.

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

Avec
Kalixia



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

40 %

de réductions
pour limiter
votre reste à
charge

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'attachera 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 le médiateur compétent.

- 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 le médiateur compétent :

- Par courrier : CNPM MÉDIATION CONSOMMATION – 27, avenue de la Libération 42400 Saint Chamond
- Ou par voie électronique en complétant un formulaire de saisine sur le site internet : cnpm-mediation-consommation.eu

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 :

 **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 Mutualia Alliance Santé.

 **april**

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



Ref. 50570 - 04/2025 - Document non contractuel - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Santé Prévoyance présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Santé Prévoyance. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.