DEMANDE DE SOUSCRIPTION

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° adhérent : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance : Oui ☐ Non ☐ Nouvelle adhésion ☐ Modification ☐

Fax/Email transmis le : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

N° de l'assureur-conseil : 91130

1 COORDONNÉES

Souscripteur : M. ☐ Mme ☐

Nom : ....

Prénom : ....

Né(e) le : ....

Adresse : ....

....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ....

Tél. domicile : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tél. portable : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse email (1) : ....

Régime obligatoire : ☐ Sécurité sociale ☐ TNS ☐ Exploitant agricole ☐ Alsace-Moselle

Activité : ....

2 GARANTIES

Date d'effet souhaitée : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance).

Niveau de couverture souhaité : ☐ Formule 50 ☐ Formule 80 ☐ Formule 100

NOM DE(DES) L'ANIMAL(AUX) À GARANTIR	N° DE TATOUAGE OU N° DE PUCE ÉLECTRONIQUE	SEXE DE L'ANIMAL	NÉ(E) LE	CHIEN (2)	CHAT	RACE DE L'ANIMAL
		☐ M ☐ F	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ Cat.1 ☐ Cat.2 ☐ Autre	☐	
		☐ M ☐ F	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ Cat.1 ☐ Cat.2 ☐ Autre	☐	
		☐ M ☐ F	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ Cat.1 ☐ Cat.2 ☐ Autre	☐	
		☐ M ☐ F	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ Cat.1 ☐ Cat.2 ☐ Autre	☐	
		☐ M ☐ F	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ Cat.1 ☐ Cat.2 ☐ Autre	☐	

☐ J'atteste que mes animaux sont à jour de leurs vaccinations et rappels.

☐ J'atteste que mes animaux n'appartiennent pas à un élevage et ne sont pas dressés à la chasse à courre.

Cotisations mensuelles TTC :

1er animal : ....€

2e animal : ....€

3e animal : ....€

4e animal : ....€

5e animal : ....€

Cotisation totale TTC :..................................€

Frais de dossier (3) : .... 10 €

-15% POUR LE 2e ANIMAL ET SUIVANTS (4)

(1) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail, étant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

(2) Une majoration de 17 % s'applique sur la cotisation des chiens de catégorie 1 ou 2.

(3) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

(4) Une réduction de 15 % s'applique à partir du 2e animal, sur la cotisation la moins élevée.

(5) Cotisation minimum pour le paiement par prélèvement automatique : 16 €/ mois.

3 LE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

PÉRIODICITÉ	PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	CHÈQUE
ANNUELLE	☐	☐
SEMESTRIELLE	☐	☐
TRIMESTRIELLE	☐	Impossible
MENSUELLE (5)	☐	Impossible

PAS DE FRAIS D'ÉCHÉANCE

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1er et le 10 du mois ☐☐.

☐ J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de service.

«Je demande à souscrire au contrat Assurance santé chiens-chats assuré auprès de FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS S.A.
Je déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales référencées GCC130913, de mes garanties qui sont jointes à cette demande de souscription, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.
J'atteste notamment être informé que je peux renoncer à mon contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de mon contrat, conformément à mes conditions générales, et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans les conditions générales.
Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de mon contrat initial et référencées ci-dessus.
Je suis informé(e) que les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de ma demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par APRIL pour les besoins de l'étude, la proposition, la souscription et la gestion de vos contrats d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires. Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres d'APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux. A ces fins, des données sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données.
Pour mesurer et améliorer notre qualité de service, vos échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec notre société sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels des données vous concernant ne peuvent être communiquées qu'à APRIL et à nos prestataires. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.
Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, notre société met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en oeuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gels des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL (à l'adresse sus-mentionnée).
Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur. Je reconnais être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.»

Fait à ____________________

le ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil
✘ DYNAMIK ASSURANCES
104 Voie Denis Papin
83700 ST RAPHAEL

La signature du Souscripteur précédée de la mention "lu et approuvé"
✘

Référence Unique de Mandat : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(Ne pas compléter)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom* : ____________________

Votre prénom* : ____________________

Adresse* : ____________________

Code Postal* : ☐☐☐☐☐ Ville* : ____________________

Pays* : ____________________

Les coordonnées de votre compte* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

F R ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : F R 8 5 ASP 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : ☒ Paiement récurrent ☐ Paiement ponctuel

Signé à* : ____________________

Date* : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature(s)* :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.

COMMENT SOUSCRIRE AU CONTRAT ASSURANCE SANTÉ CHIENS-CHATS ?

A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1,

B. Choisissez les garanties qui vous intéressent et indiquez les animaux à garantir 2,

C. Remplissez la partie 3 relative au paiement,

D. Datez et signez le document,

E. Joignez à votre demande de souscription :
- un relevé d'identité bancaire,
- votre formulaire de mandat SEPA.

F. Conservez vos conditions générales.

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Courtier
114 boulevard Marius Vivier-Merle 69439 LYON Cedex 03

ET APRÈS LA SOUSCRIPTION ?

Votre demande de souscription est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception par APRIL Santé Prévoyance, sous réserve du versement de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre demande de souscription, votre assureur-conseil vous remet votre(vos) dossier(s) d'assuré comprenant :
- vos conditions particulières.
- votre avis d'échéance (situation de votre compte).

Réf. 20801 - 11/2014 - 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 S.A. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.

april | santé prévoyance

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

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

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

APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier-Merle 69439 LYON Cedex 03

ASSURANCE SANTÉ CHIENS-CHATS

L'AIMER C'EST AUSSI LUI ASSURER LES MEILLEURS SOINS

À PARTIR DE 12,30€ PAR MOIS*

* Pour un chat bénéficiant de la Formule 50

apRIL

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

SAVEZ-VOUS QUE L'ASSURANCE SANTÉ EXISTE AUSSI POUR VOTRE ANIMAL DE COMPAGNIE ?

Votre animal de compagnie occupe une place de choix dans votre cœur. Parce que vous l'aimez, vous souhaitez naturellement lui offrir les meilleurs soins tout au long de sa vie.

Si vous connaissez le montant d'une consultation, savez-vous qu'une opération suite à une fracture de la patte coûte entre 800 € et 1 500 € et qu'un diagnostic tumoral (échographie, radiologie, analyse) peut s'élever à 300 € ?

ASSURANCE SANTÉ CHIENS-CHATS POUR PROTÉGER SA SANTÉ SANS SE SOUCIER DU BUDGET

Vous n'avez plus à vous soucier de l'aspect financier : vous êtes remboursé des frais vétérinaires et pouvez ainsi garantir à votre animal les meilleurs soins.

LES + DE NOTRE CONTRAT

› **Une protection globale :** nous prenons en charge les frais engagés en cas d'accident et de maladie.

› **Une offre simple :**
- vous choisissez votre niveau de couverture parmi 3 formules au choix,
- un tarif unique quel que soit l'âge de votre animal.

› **Un tarif compétitif :** à partir de 12,30 €/mois pour votre chat et 13,33 €/mois pour votre chien.

APRIL REMBOURSE EN 24 H

DÉTAIL DES GARANTIES

En fonction de votre budget et de vos besoins, vous choisissez la formule la plus adaptée parmi les 3 proposées.

Les garanties sont exprimées en pourcentage des frais réels après application de la franchise ou sous la forme de forfaits. Les plafonds de garanties, forfaits et franchises s'entendent par Animal assuré et par année de souscription.

GARANTIES	Formule 50	Formule 80	Formule 100
FRAIS CHIRURGICAUX ET MEDICAUX			
Hospitalisation, analyses, examens, euthanasie	50 %	80 %	100 %
Consultations et visites vétérinaires			
Soins, médicaments prescrits			
Frais de transport en ambulance animalière			
FRANCHISE			
Montant de la franchise*	10 € / année de souscription	30 € / année de souscription	75 € / année de souscription
PREVENTION			
Prise en charge de vaccins, vermifuge, stérilisation, castration, puce électronique, bilan annuel de santé		45 € / année de souscription	85 € / année de souscription
PLAFOND ANNUEL DE GARANTIES			
Plafond maximum par Année de souscription	1 000 €	1 500 €	2 000 €

* Doublement de la franchise à partir de l'**Année de souscription** au cours de laquelle l'Animal assuré atteindra l'âge de 11 ans. Les franchises ne s'appliquent pas aux garanties Prévention et ne sont pas comprises dans le plafond annuel de remboursement. Elles sont déduites avant l'application du taux de remboursement.

Les délais d'attente sont de **30 jours en cas de maladie** et de **2 jours en cas d'accident.**

QUELLES CONDITIONS REMPLIR POUR ÊTRE ASSURÉ ?

Votre chien ou votre chat peut être assuré si :

- Il est âgé d'au moins 3 mois et de moins de 6 ans
- Il est tatoué au dermographe ou par identification électronique
- Il est à jour de ses vaccins et rappels

À NOTER

- Les chiens de 1ère catégorie (chiens d'attaque) et de 2e catégorie (chiens de garde et de défense), tels que définis par les articles L211-11 et suivants du Code rural et de la pêche maritime et par l'arrêté du 27 avril 1999, peuvent être assurés moyennant une majoration du tarif de 17 %.

-15% À PARTIR DU 2ÈME ANIMAL(2)

COTISATIONS 2015 COTISATION MENSUELLE TTC EN EUROS	FORMULE 50	FORMULE 80	FORMULE 100
CHIENS	13,33 €	26,65 €	39,98 €
CHATS	12,30 €	23,58 €	34,85 €

(2) Cette réduction s'applique sur la cotisation la moins chère.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE **p.5**

1- QUI PEUT SOUSCRIRE ET ETRE ASSURE AU CONTRAT ASSURANCE SANTE CHIENS-CHATS ? **p.6**

2. QUE GARANTIT LE CONTRAT ASSURANCE SANTE CHIENS-CHATS ? **p.6**
2.1 - FRAIS CHIRURGICAUX ET MÉDICAUX p.6
2.2 - PRÉVENTION p.6
2.3 - DÉLAIS D'ATTENTE p.7
2.4 - FRANCHISE p.7
2.5 - PLAFOND ANNUEL D'INDEMNISATION p.7
2.6 - SUBROGATION p.7

3. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ? **p.7**
3.1 - DÉCLARATION DE SINISTRE : LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER p.7
3.2 - DÉLAI ET MODALITÉS DE PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ p.8

4. EXPERTISE **p.8**

5. EXCLUSIONS DE GARANTIES **p.8**

6. COTISATIONS **p.9**
6.1 - COMMENT EST DÉTERMINEÉ VOTRE COTISATION ? p.9
6.2 - RÉVISION DE LA COTISATION p.10
6.3 - LES MODES DE PAIEMENT p.10
6.4 - QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ? p.10

7. DATE D'EFFET, DUREE ET CESSATION DES GARANTIES **p.10**
7.1 - MODALITÉ DE SOUSCRIPTION p.10
7.2 - DATE D'EFFET DU CONTRAT p.11
7.3 - DURÉE DU CONTRAT p.12
7.4 - CESSATION DE VOTRE ADHÉSION p.12

8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE CONTRAT **p.12**

9. PRESCRIPTION **p.13**

10. QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATION ? **p.14**

11. PROTECTION DE VOS DONNÉES **p.14**

LEXIQUE **p.15**

TABLEAU DES GARANTIES **p.15**

PRÉAMBULE

Le contrat « ASSURANCE SANTE CHIENS CHATS » est un contrat individuel d'assurance régit par le Code des assurances, et assuré par **FIDELIDADE – COMPANHIA DE SEGUROS.**

FIDELIDADE – COMPANHIA DE SEGUROS S.A. est une, société anonyme d'assurance régie par la législation portugaise, dont la succursale pour la France est sise 29 Boulevard des Italiens, 75002 Paris, immatriculée auprès du Registre du Commerce et des Sociétés de Paris B 413 175 191. Son siège social est situé : Largo de Calhariz, 30 1249-001 Lisbonne – Portugal.
L'organisme chargé du contrôle de FIDELIDADE – COMPANHIA DE SEGUROS S.A. est l'Instituto de Seguros de Portugal, Avenida da República, 76, 1600-205 Lisboa - Portugal.
FIDELIDADE – COMPANHIA DE SEGUROS S.A. est tenue, à peine de sanction pénale, à un devoir de vigilance, en application des articles L.561-2 et suivants du Code monétaire et financier relatifs aux obligations qui incombent notamment aux entreprises d'assurance en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

FIDELIDADE – COMPANHIA DE SEGUROS est également désignée par le terme «**Organisme assureur»** dans les présentes conditions générales.

L'organisme gestionnaire de ce contrat est, par délégation de l'Organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance** – SA au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03 – RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances n° ORIAS 07 002 609, ci après dénommée « APRIL ».

APRIL est également désignée par le terme **''Nous''** dans les présentes conditions générales.

Le contrat « ASSURANCE SANTE CHIENS CHATS » est constitué par la demande de souscription, les présentes conditions générales et les ***Conditions particulières*** remises à chaque Souscripteur. Elle est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances, et la langue utilisée pendant la durée du contrat est le français.

Le terme « Souscripteur » désigne la personne physique qui souscrit le contrat « ASSURANCE SANTE CHIENS CHATS » et paie les cotisations. Il est également désigné par le terme « **Vous** » dans les présentes conditions générales.

Le terme ''**Animal assuré**'' désigne l'ensemble des chiens et chats du Souscripteur répondant aux conditions pour être assuré et mentionnés dans les ***Conditions Particulières***.

Pour vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit en gras et en italique est défini(e) au Lexique.

1. QUI PEUT SOUSCRIRE ET ÊTRE ASSURÉ AU CONTRAT ASSURANCE SANTÉ CHIEN-CHATS ?

Pour souscrire à ce contrat Vous devez être :

- une personne physique résidant en France Continentale,
- et propriétaire d'un animal répondant aux conditions pour être assuré.

Les conditions que votre animal doit réunir, de manière cumulative, pour pouvoir être assuré au titre de ce contrat sont les suivantes :

- chien ou un chat âgé de trois (3) mois au moins et de moins de six (6) ans au jour de la souscription,
- tatoué au dermographe ou par identification électronique.
- L'animal doit en outre être à jour de ses vaccinations et rappels

Sont exclus les animaux faisant partie d'un élevage (tels que définis à l'article L214-6 du Code Rural et de la pêche maritime) ou dressés pour la chasse à courre.

2. QUE GARANTIT LE CONTRAT ASSURANCE SANTÉ CHIENS-CHATS ?

Le contrat prend en charge en fonction de l'origine et de la nature des dépenses engagées le remboursement des frais vétérinaires et pharmaceutiques que Vous avez dû supporter pour les soins d'un Animal assuré.
Seules sont prises en charges les dépenses vétérinaires ou pharmaceutiques médicalement prescrites ou exécutées par un docteur vétérinaire en France métropolitaine, en Suisse et dans les pays de l'Union Européenne, dans les conditions définies ci-après.
De même, seules les dépenses prescrites que Vous aurez engagées durant la période de validité de votre contrat pourront être prises en compte pour le remboursement.

Changement de niveau de garantie :
Tout changement de niveau de garantie est soumis à l'accord préalable d'APRIL.

2.1. FRAIS CHIRURGICAUX ET MÉDICAUX

Sont prises en charge au titre de cette garantie pour un Animal assuré, les dépenses de soins prescrites suivantes :
- les frais d'hospitalisation, analyses et examens prescrits par un vétérinaire,
- les frais de consultations et visites vétérinaires,
- les frais de soins et médicaments prescrits par le vétérinaire,
- les frais de transport en ambulance animalière.
- les frais d'euthanasie

Les remboursements sont fonction du niveau de garantie que Vous avez souscrit. **Ils sont exprimés en pourcentage de la dépense réellement engagée après application de la *Franchise*** (Cf Article 2.4) **le cas échéant.**
Les remboursements sont effectués conformément au **tableau des garanties et dans la limite du plafond annuel d'indemnisation** (Cf. article 2.5).

2.2. PRÉVENTION

Sont prises en charge au titre de cette garantie, **dans la limite du forfait exprimé par *Année de Souscription* et par Animal assuré**, les dépenses suivantes :

- les vaccins : Pour les chiens : Maladie de Carré, Hépatite, Leptospirose, Parvovirose, rage.
  Pour les Chats : Leucose féline, Coryza, Panleucopénie féline (Typhus), calicivirose, rage.
- le vermifuge,
- les frais de stérilisation et de castration,
- les frais de puce électronique,
- les bilans annuels de santé

Les remboursements sont effectués **conformément au tableau des garanties et dans la limite du plafond annuel d'indemnisation** (Cf. article 2.5).

2.3. DÉLAIS D'ATTENTE

Des ***Délais d'attente*** sont applicables au contrat :

- pour les frais consécutifs à un ***Accident*** subi par un Animal assuré : les garanties s'appliquent deux (2 jours) après la date de prise d'effet du contrat pour l'Animal assuré concerné,
- pour les autres frais : les garanties s'appliquent trente (30) jours après la date de prise d'effet du contrat pour l'Animal assuré concerné.

Toutefois, si Vous pouvez justifier que l'Animal assuré bénéficiait avant ce contrat d'une couverture d'assurance résiliée à votre initiative, et à condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption de garantie entre la date de résiliation du précédent contrat et la date de prise d'effet du présent contrat, les ***Délais d'attente*** ne seront pas applicables pour cet animal.

2.4. FRANCHISE

Le montant de la ***Franchise*** est prévu au sein de votre tableau des garanties et est exprimé par ***Année de Souscription***.
Cette ***Franchise*** sera doublée à compter de l'***Année de Souscription*** au cours de laquelle l'Animal assuré atteindra l'âge de onze (11) ans.

2.5. PLAFOND ANNUEL D'INDEMNISATION

Le plafond d'indemnisation par Animal assuré et par *Année de Souscription*, toutes garanties confondues, est fixé selon votre niveau de garantie au sein de votre tableau des garanties.

2.6. SUBROGATION

Lorsque l'Organisme assureur a payé une indemnité, il est subrogé jusqu'à concurrence de son montant dans les droits et actions du Souscripteur contre les responsables de l'***Accident*** qui a donné lieu à indemnisation. **Si du fait du Souscripteur, l'Organisme assureur ne peut ultérieurement exercer la subrogation, ce dernier n'est plus tenu à garantie à l'égard du Souscripteur.**

3. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

3.1. DÉCLARATION DE SINISTRE : LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

Vous devez Nous adresser vos demandes de remboursements dans les 60 jours suivant la date des soins.

Pour effectuer une demande de remboursement, il Vous suffit de :
- faire compléter, dater et signer par le docteur vétérinaire, ou le cas échéant le pharmacien qui vous a délivré les médicaments, la feuille de soins fournie par APRIL,
- joindre tous les documents justificatifs originaux des dépenses engagées et payées et notamment l'ordonnance datée, (portant le nom et le prix des médicaments et mentionnant le nom de l'Animal assuré), les vignettes des produits pharmaceutiques prescrits ainsi que les factures acquittées.

Vous devez, en outre, communiquer sur simple demande d'APRIL, tout élément nécessaire au traitement de la demande de remboursement.

3.2. DÉLAI ET MODALITÉS DE PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ

L'indemnité sera versée par APRIL après réception des pièces justificatives nécessaires à l'instruction du dossier.

Les dispositions des Articles L191-7 du Codes des Assurances ne sont pas applicables aux souscripteurs ayant leur résidence principale dans les départements du Bas Rhin, du Haut Rhin et de la Moselle

4. EXPERTISE

APRIL se réserve le droit de désigner à ses frais un docteur vétérinaire pour procéder à toute vérification ou contrôle sur les circonstances du sinistre, sur les soins dispensés et sur l'Animal assuré. Il devra avoir libre accès auprès de l'Animal assuré, afin de constater son état.
Le refus du Souscripteur de soumettre l'Animal assuré à ce contrôle entraînerait, sauf cas fortuit ou de force majeure, la perte de tout droit à indemnisation.
En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Animal assuré, hors de France, le Souscripteur est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un Sinistre.
En cas de contestation, chacune des parties désigne un vétérinaire. Si les vétérinaires ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième vétérinaire. Les trois vétérinaires opèrent en commun accord et à la majorité des voix.
Faute par l'une des parties de nommer son vétérinaire, ou par les deux vétérinaires de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal compétent. Dans la première éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception : s'il y a lieu, la désignation du troisième vétérinaire est faite par le Président du tribunal statuant en référé.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice, hors demande de désignation du troisième vétérinaire en référé, pour le règlement du litige tant que le troisième vétérinaire désigné, soit à l'amiable, soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou définitif, à moins que trois mois ne se soient écoulés depuis sa nomination, sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.
Chaque partie paie les frais et honoraires de son vétérinaire et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième vétérinai5e et des frais de nomination.

5. EXCLUSIONS DE GARANTIES

Ne sont pas garantis au titre du Contrat :
- **les sinistres résultant et/ou provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive du Souscripteur conformément à l'article L113-1 du Code des Assurances,**
- **les sinistres résultant et/ou provenant des guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de mouvements populaires, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme,**

- **les sinistres résultant et/ou provenant des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atome,**
- **les aliments et les fortifiants (complexes oligo-vitaminiques), tout produit qui n'est pas un médicament ayant une Autorisation de Mise sur le Marché et qui n'a pas fait l'objet d'une prescription vétérinaire, et tous les objets à usage médical,**
- **la vaccination en dehors du cadre garanti par les conditions générales (cf article 2.2 « Prévention »),**
- **le détartrage,**
- **les frais de tatouage ou d'identification électronique en dehors du cadre garanti par les conditions générales (cf article 2.2 « Prévention »),**
- **les interventions chirurgicales ayant un but esthétique ou destinées à supprimer ou à atténuer un défaut physique,**
- **la castration ou la stérilisation en dehors du cadre garanti par les présentes conditions générales (cf article 2.2 « Prévention »), la contraception, l'avortement sans indication thérapeutique ainsi que la mise bas et les césariennes qui ne sont pas occasionnées par un *Accident*,**
- **les prothèses dentaires, articulaires (hors prothèse de hanche pour dysplasie coxo-fémorale chez le chien) et oculaire (dont lentilles), ainsi que tous les appareillages. L'exclusion de la dysplasie ne s'applique pas au chien assuré au titre de ce contrat avant ses cinq (5) mois et ayant subi un dépistage avant ses dix-huit (18) semaines.**
- **Les conséquences ultérieures des *Maladies* et *Accidents* antérieurs à la souscription du contrat, ou survenues pendant le Délai d'attente,**
- **Les frais engagés du fait de toute anomalie, malformation, infirmité d'origine congénitale ou héréditaire et de leurs suites, y compris les luxations chroniques des rotules, les atteintes des cartilages de l'épaule, le syndrome brachycéphale. Les frais engagés pour la dysplasie coxo-fémorale du chien assuré au titre de ce contrat avant ses cinq (5) mois et ayant subi un dépistage avant ses dix huit (18) semaines sont couverts dans la limite des garanties souscrites.**
- **Les conséquences de combats organisés ou de compétitions sportives ou entraînements aux compétitions sportives, d'activité de chasse, de l'exercice d'une activité professionnelle (hors chien d'aveugle), de l'exercice de manifestations et démonstrations publiques (zoo, spectacles), des séances de dressage.**
- **Les conséquences de mauvais traitements, de manque de nourriture ou de soins lorsque ces faits sont imputables au Souscripteur ou aux personnes vivants sous son toit.**
- **Toute intervention qui n'est pas effectuée par un vétérinaire régulièrement inscrit à l'Ordre des Vétérinaires.**
- **Les frais de visite et de garde sans justification médicale, les frais de visite d'évaluation comportementale.**
- **Les soins d'hygiène et de toilettage.**
- **Les frais d'enlèvement, d'autopsie et d'incinération suite au décès de l'Animal assuré.**

6. COTISATIONS

6.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- De la qualité de votre Animal assuré (chien ou chat)
- Du nombre d'Animaux assurés sur le contrat
- Le cas échéant, du classement du chien en 1ère catégorie (chiens d'attaque) ou 2ème catégorie (chiens de garde et de défense)

Les chiens de 1ère catégorie (chiens d'attaque) et de 2ème catégorie (chiens de garde et de défense) (tels que définis par les articles L211-11 et suivants du Code rural et de la pêche maritime et par l'arrêté du 27 avril 1999) feront l'objet d'une surprime.

Les taxes actuelles à la charge du Souscripteur sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

6.2. RÉVISION DE LA COTISATION

La cotisation évoluera annuellement, au regard des résultats techniques du contrat, ainsi que de l'évolution des coûts vétérinaires. Dans ce cas Vous serez informé par l'intermédiaire de votre appel de cotisation qui précisera le nouveau montant de cotisation applicable pour l'exercice civil suivant.
Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier ou en cours d'année en cas de modification de la réglementation applicable.

6.3. LES MODES DE PAIEMENT

La cotisation est payable d'avance annuellement, par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.
Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement que Vous avez choisi :

- Semestriel,
- Trimestriel (par prélèvement automatique seulement),
- Mensuel (par prélèvement automatique seulement).

6.4. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAR VOTRE COTISATION ?

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, APRIL résiliera de plein droit le contrat. En outre, il 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 l'année entière conformément au Code des Assurances (article L113-3).
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.

7. DATE D'EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES

7.1. MODALITÉ DE SOUSCRIPTION

Si Vous souscrivez au contrat en signant la demande de souscription papier, votre contrat sera conclu à la date de signature mentionnée sur le document. Par la signature, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre contrat dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si Vous souscrivez au contrat à distance par téléphone, votre contrat sera conclu dès lors que Vous aurez manifesté, lors de l'entretien téléphonique, votre volonté de souscrire aux conditions proposées. Un dossier, contenant notamment les ***Conditions Particulières*** et les conditions générales, Vous sera ensuite envoyé par courrier dans les jours qui suivent votre souscription par téléphone. L'enregistrement, préalablement autorisé par le Souscripteur, de l'entretien téléphonique au cours duquel il a demandé à souscrire au contrat, sera conservé par APRIL et pourra être utilisé comme preuve de l'accord du Souscripteur sur les conditions du contrat et du contenu de l'ensemble de ses déclarations.

Si Vous souscrivez au contrat à distance par Internet sur le site d'APRIL, en signant électroniquement le contrat, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre souscription dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Une fois votre souscription finalisée, Vous recevrez un mail de confirmation à l'adresse électronique que Vous Nous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre contrat par APRIL. Votre contrat est réputé conclu à la date d'envoi dudit mail de confirmation. Ce mail contiendra un lien Vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de vos documents contractuels.

Les documents signés sont archivés par APRIL chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat.

Votre contrat est soumis à l'acceptation préalable d'APRIL. Votre souscription sera matérialisée par l'émission des ***Conditions Particulières***.

7.2. DATE D'EFFET DU CONTRAT

Votre contrat prend effet à la date indiquée dans vos ***Conditions particulières*** **sous réserve du paiement de votre cotisation**. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de votre demande de souscription par APRIL, ou à la date de l'entretien téléphonique ou à la date de confirmation de votre souscription en ligne le cas échéant.

Vous bénéficiez d'un délai de renonciation dans les cas suivants :

Si Vous avez souscrit le contrat suite à un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances 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''

Si Vous avez souscrit le contrat à distance :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre contrat dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour où le contrat à distance est conclu.

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

Vous devez Nous adresser la lettre de renonciation en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance Service Adhésion santé – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-après :
''Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat « ASSURANCE SANTE CHIENS CHATS » que j'avais souscrit le .....par l'intermédiaire du cabinet….
Fait à …… le ……..… signature …… ».

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.
Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre contrat, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

7.3. DURÉE DU CONTRAT

Votre contrat se renouvelle par tacite reconduction pour une (1) année, à son échéance, soit au 31 décembre de chaque année.

7.4. CESSATION DE VOTRE CONTRAT

Les garanties et le droit aux prestations cessent dès la résiliation de votre contrat dans les cas suivants :

A votre initiative ou celle de l'Organisme assureur :

- à chacune de ses échéances par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à APRIL Santé Prévoyance – 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance soit au plus tard le 31 octobre de chaque année.

Toutefois, à partir de la cinquième année pleine d'assurance consécutive et ininterrompue, l'Organisme assureur renonce à son droit de résiliation à l'échéance annuelle.

- lors d'un changement de votre domicile, si cela a une incidence sur le risque assuré. Dans ce cas Vous avez trois mois à partir de la date de l'événement pour le notifier à APRIL et la résiliation prendra effet un mois après.

A votre initiative :

- en cas de décès de l'Animal assuré. Vous devrez alors adresser à APRIL (114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 Lyon Cedex 03) par lettre recommandée avec accusé de réception, une attestation originale de décès établie par votre vétérinaire ou une attestation d'incinération.
- En cas de fuite ou de perte d'un Animal Assuré. Vous devez alors nous adresser par lettre recommandée avec accusé de réception, une déclaration sur l'honneur de perte de votre Animal assuré. La résiliation prendra effet au jour de réception de votre courrier recommandé.

A l'initiative de l'Organisme assureur :

- en cas de non-paiement de la cotisation (cf. article 6)
- en cas de fausse déclaration conformément à l'article 8 des présentes.

A l'initiative des héritiers du Souscripteur ou du nouveau propriétaire de l'Animal assuré :
Le contrat est transféré de plein droit à toute personne qui devient propriétaire de l'Animal assuré. Elle doit informer APRIL et peut résilier le contrat dans les trois mois qui suivent le transfert de propriété par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception.

8. LA GESTION ADMNISTRATIVE DE VOTRE CONTRAT

La gestion de votre contrat est confiée à APRIL. L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre contrat doivent donc être transmis directement à APRIL.

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

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez Nous avertir dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.
Votre contrat est établi d'après les déclarations que Vous avez faites lors de la souscription de votre contrat et pendant la durée de celui-ci.

Ainsi, au cours de votre contrat, Vous devez Nous déclarer par écrit dès que Vous en avez connaissance, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à la souscription.
Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de votre contrat prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à APRIL et notamment dans la déclaration d'un sinistre, Vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre contrat « ASSURANCE SANTE CHIENS CHATS » conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances ci-dessous reproduits.

Article L113-8 du Code des assurances :
Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.
Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L 113-9 du Code des assurances :
L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.
Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.
Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

- **Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :**
  1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
  2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
  Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
  La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
  Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

- **Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité».**
- **Article L114-3 « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance**

ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

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

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

10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » accessible sur Votre espace assurés.
Si la réponse ne vous satisfait pas, Vous pouvez adresser Votre demande à notre Service Réclamation (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03).
Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous 48 heures (en jours ouvrés) ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à vous communiquer, sous 48 heures, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder 30 jours.
Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, Vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à Votre disposition, faire appel au médiateur dont les coordonnées Vous seront communiquées par le Service Réclamations, sur simple demande écrite.

11. PROTECTION DES DONNÉES

Vous êtes protégé par la loi Informatique et Libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée). Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à l'usage d'APRIL. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance – 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03.

LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Accident :
Toute atteinte corporelle de l'Animal assuré non intentionnelle de la part du Souscripteur, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Année de Souscription :
Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties.

Conditions particulières :
Document remis au Souscripteur formalisant sa souscription au contrat « ASSURANCE SANTE CHIENS CHATS », qui précise les Animaux assurés et la date d'effet du contrat.

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 indiquée dans les ***Conditions Particulières***.

France Continentale :
Désigne la France métropolitaine hors Corse.

Franchise(s) :
Partie des frais non prise en charge par les garanties du contrat ASSURANCE SANTE CHIENS CHATS et qui reste à votre charge.

Maladie :
Toute altération de la santé de l'animal Assuré, constatée par un docteur vétérinaire et donnant lieu à un traitement.

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

TABLEAU DES GARANTIES

Les garanties sont exprimées en pourcentage des frais réels après application de la franchise ou sous la forme de forfaits.
Les plafonds de garanties, forfaits et franchises s'entendent par Animal assuré et par année de souscription.

	FORMULE 50	FORMULE 80	FORMULE 100
FRAIS CHIRURGICAUX ET MEDICAUX			
Hospitalisation, analyses, examens, euthanasie	50 %	80 %	100 %
Consultations et visites vétérinaires			
Soins, médicaments prescrits			
Frais de transport en ambulance animalière			
FRANCHISE			
Montant de la franchise*	10 € / année de souscription	30 € / année de souscription	75 € / année de souscription
PREVENTION			
Prise en charge de vaccins, vermifuge, stérilisation, castration, puce électronique, bilan annuel de santé		45 € / année de souscription	85 € / année de souscription
PLAFOND ANNUEL DE GARANTIES			
Plafond maximum par Année de souscription	1 000 €	1 500 €	2 000 €

** Doublement de la franchise à partir de l'**Année de souscription** au cours de laquelle l'Animal assuré atteindra l'âge de 11 ans. Les franchises ne s'appliquent pas aux garanties Prévention et ne sont pas comprises dans le plafond annuel de remboursement. Elles sont déduites avant l'application du taux de remboursement.*

APRIL, CHANGER L'IMAGE DE L'ASSURANCE

APRIL, groupe international de services en assurance, a choisi l'innovation comme moteur de son développement, en regardant l'assurance avec les yeux du client. Ce parti-pris, qui requiert audace et simplicité, lui a permis de devenir en moins de 20 ans, le 1er courtier grossiste en France et d'être un acteur de référence à l'échelle internationale avec une implantation dans 37 pays.

Plus de 4 000 collaborateurs assurent, conseillent, conçoivent, gèrent et distribuent des solutions d'assurances et des prestations d'assistance pour les particuliers, les professionnels et les entreprises. APRIL a réalisé en 2013 un chiffre d'affaires de 778,6 M€.

Malgré notre attention permanente, des insatisfactions ou des difficultés peuvent parfois survenir. Vous pouvez alors exprimer votre réclamation en contactant votre conseiller habituel, soit par téléphone au 09 74 50 20 20, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » sur votre Espace Assuré. En cas de difficulté persistante, vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamations (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations - APRIL Santé Prévoyance - 114 Bd Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03).

Si la réponse ne vous satisfait pas et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel à un Médiateur dont les coordonnées vous seront communiquées par le Service Réclamations, sur demande écrite.

PLUS D'INFORMATIONS SUR VOTRE ESPACE ASSURÉ

https://monespace.april.fr

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE SOUSCRIPTION

› Votre demande de souscription est prise en charge le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
› Dans les jours qui suivent la validation de votre contrat, vous recevez votre dossier d'assuré.

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?
Contactez-nous au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé).
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h.

FRAIS DE GESTION

Les opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance engendrent des frais imputés selon le barème suivant :

› Avenant au contrat : 10 €.
› Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
› Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
› Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.

Ce barème est susceptible d'évoluer.

Réf. 20800 - 01/2015 - 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 SA. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.

CONTACTEZ VOTRE ASSUREUR-CONSEIL

DYNAMIK ASSURANCES
104 Voie Denis Papin
83700 ST RAPHAEL
Tél : 09 70 71 61 70
Email : direction@dynamikassurances.fr

april | santé prévoyance

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

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

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