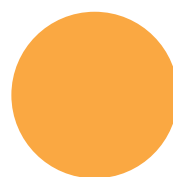


SANTÉ DU PARTICULIER

Une offre simple dédiée aux seniors

APRIL Simply Santé est un produit conforme 100 % santé particulièrement adapté aux seniors recherchant des garanties couvrantes sur l'optique.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

APRIL Simply Santé, une offre fidélisante avec un réel point fort sur l'optique.

CONTRAT RESPONSABLE
100% Santé

Un produit simple et packagé avec 5 niveaux de garanties responsables, particulièrement adapté aux clients ayant des besoins sur les équipements optiques.

Dès le niveau 1, APRIL Simply Santé offre pour un équipement optique « Offre libre » Classe B, une prise en charge de 100 € (cat. 1) à 200 € (cat. 3) et jusqu'à 620 € avec le bonus en niveau 5 (cat. 3).

HOSPITALISATION :

- Chambre particulière : jusqu'à 90 € / jour dans la limite de 90 jours/an.
- Frais accompagnant : jusqu'à 35 € / jour dans la limite de 90 jours/an.

SOINS COURANTS :

- Médicaments, vaccins prescrits non remboursés : jusqu'à 60 € / an.

MÉDECINES NATURELLES :

- Un forfait jusqu'à 100 € / an limité à 50 € par séance.

OPTIQUE :

- Équipement «Offre libre» Classe B : jusqu'à 500 €.
- Lentilles acceptées et refusées : jusqu'à 100 % de la Base de Remboursement + 175 €.
- Chirurgie réfractive, traitement au laser : jusqu'à 400 € / œil / an.

AIDES AUDITIVES :

- Équipements «Offre libre» Classe II : jusqu'à 100 % de la Base de Remboursement + 200 € par oreille.

UN CONTRAT FIDÉLISANT :

- **Hospitalisation** : bonus fidélité après 1 année et 2 années d'adhésion.
- **Chambre particulière, équipement optique, chirurgie réfractive, traitement de l'œil au laser** : bonus fidélité après 2 années d'adhésion.
- **Nouveau** Après 2 années d'adhésion, apparition de **forfaits sur les frais annexes de cure thermale et les frais dentaires non remboursés.**
- **Équipement optique** : bonus après 2 années d'adhésion, la prise en charge monte jusqu'à 620 €
- **Chirurgie réfractive, traitement laser** : la garantie monte bonus fidélité après 2 années d'adhésion : jusqu'à 550 € / œil / an



Ce produit comprend des limitations et des délais d'attente. Il s'agit d'une période de 1 mois à compter de la prise d'effet des garanties pendant lesquels les postes bénéficiant de limitations seront limités à 100 % de la Base de Remboursement (Hospitalisation : honoraires médicaux et chirurgicaux, Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale, Prothèses dentaires «Offre Modérée» et «Offre Libre» remboursées par la Sécurité sociale).

Pour les postes assortis d'un délai d'attente (chambre particulière - frais d'accompagnant), les frais ne seront pas remboursés pendant le 1^{er} mois.



BON À SAVOIR

- Cœur de cible : seniors de 60 à 75 ans
- Ouvert à la souscription de 50 ans à 85 ans pour l'assuré principal



Votre carte de tiers payant sur mobile



Pas d'avance de frais avec le tiers payant

APRIL Simply Santé, une solution santé fidélisante pour répondre à tous les besoins



À partir de
89,83 €
TTC /mois

Tarif 2026 pour une personne de 65 ans à Nantes ayant souscrit à un niveau 2 et pour un paiement de la cotisation de 12 mois.



À partir de
165,89 €
TTC /mois

Tarif 2026 pour un couple de 60 ans à Vannes ayant souscrit à un niveau 3 et pour un paiement de la cotisation de 12 mois.

Réalisez des économies sur votre budget santé

LA RÉDUCTION COUPLE

RÉDUCTION COUPLE AVEC
OU SANS ENFANT :

**-10% SUR LA
COTISATION DU COUPLE**



Garanties APRIL Simply Santé

AVEC KALIXIA

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

Les garanties s'appliquent conformément à la notice valant Conditions Générales, sous déduction des remboursements du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire lorsque celui-ci intervient. Le niveau de garanties souscrit s'applique à l'ensemble des assurés au contrat. Les forfaits, bonus, limitations et plafonds de garanties s'entendent par assuré et par année d'adhésion. Les délais d'attente et limitations s'appliquent à chaque assuré à compter de la prise d'effet de ses garanties. Le contrat étant responsable, les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

Durant le premier mois suivant la prise d'effet des garanties de chaque Assuré, vos garanties dentaires et hospitalisation sont soumises à des limitations de prise en charge ou à l'application d'un délai d'attente. Toutefois, si vous avez un Accident, les soins liés à cet Accident sont pris en charge sans limitation durant ce 1er mois.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
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% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
			<i>Limité à 100% BR pendant le premier mois d'adhésion au contrat</i>			
	Bonus fidélité : après 1 année d'adhésion au contrat la garantie passe à :	-	150% BR	175% BR	225% BR	275% BR
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat la garantie passe à :	-	175% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
			<i>Limité à 100% BR pendant le premier mois d'adhésion au contrat</i>			
	Bonus fidélité : après 1 année d'adhésion au contrat la garantie passe à :	-	125% BR	150% BR	175% BR	-
	Bonus fidélité : après 2 années d'adhésion au contrat la garantie passe à :	-	150% BR	175% BR	200% BR	-
Chambre particulière (par jour) - Limitation à 90 jours (par année d'adhésion)		25 €	45 €	60 €	70 €	90 €
		<i>Délai d'attente pendant le premier mois d'adhésion au contrat</i>				
Bonus fidélité au contrat pour la chambre particulière, après 2 années d'adhésion la garantie augmente de :		-	+20€	+20€	+20€	+20€
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour) - Limitation à 90 jours (par année d'adhésion)		15 €	20 €	25 €	30 €	35 €
		<i>Délai d'attente pendant le premier mois d'adhésion au contrat</i>				
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels				
Honoraires et frais médicaux		100% BR				
Chambre particulière pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés (par jour) (hors hospitalisation psychiatrique) - Limitation à 30 jours (par année d'adhésion)		25 €	45 €	60 €	70 €	90 €
		<i>Délai d'attente pendant le premier mois d'adhésion au contrat</i>				

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds		Frais réels				
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires hors « 100% Santé », petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique		100% BR				
Prothèses Capillaires « 100% Santé »⁽²⁾		Frais réels				
Location courte durée d'un Véhicule pour Personne en situation de Handicap « 100% Santé »⁽²⁾		Frais réels				
Médicaments, vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		-	30 €	40 €	50 €	60 €
Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiopathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, psychologue, luminothérapeute, hypnothérapeute – (par année d'adhésion) – (limité à 50€ par séance)		30 €	40 €	60 €	80 €	100 €
Transport		100% BR				
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale		100% BR				
Frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)		-	-	-	-	-
Bonus fidélité, forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale, après 2 années d'adhésion, la garantie passe à :		-	125 €	150 €	150 €	175 €
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% BR				
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale⁽³⁾		100% BR				
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100% BR				
DENTAIRE						
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	
		<i>Limité à 100% BR pendant le premier mois d'adhésion au contrat</i>				
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale⁽⁴⁾		Frais réels				
Prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale⁽⁴⁾	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	
		<i>Limité à 100% BR pendant le premier mois d'adhésion au contrat</i>				
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale⁽⁴⁾ (par année d'adhésion)		-	-	1 200 €, au-delà 100% BR	1 250 €, au-delà 100% BR	1 500 €, au-delà 100% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR				
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie (par année d'adhésion)		-	-	-	-	-
Bonus fidélité, autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie, après 2 années d'adhésion, la garantie passe à :		-	100 €	125 €	150 €	175 €

OPTIQUE

S'agissant des lunettes, dans le cadre de votre forfait les remboursements des montures sont limités à 100 euros en Classe B et 30 euros 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 « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle ⁽⁵⁾	Frais réels				
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1) ⁽⁶⁾	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €
Bonus fidélité au contrat, l'équipement « Offre libre » Classe B, après 2 années d'adhésion la garantie augmente de :	-	+50 €	+80 €	+80 €	+120 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2) ⁽⁶⁾	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Bonus fidélité au contrat, l'équipement « Offre libre » Classe B, après 2 années d'adhésion la garantie augmente de :	-	+50 €	+80 €	+80 €	+120 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3) ⁽⁶⁾	200 €	350 €	400 €	450 €	500 €
Bonus fidélité au contrat, l'équipement « Offre libre » Classe B, après 2 années d'adhésion la garantie augmente de :	-	+50 €	+80 €	+80 €	+120 €
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des remboursements (y compris celui du régime obligatoire) de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels				
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100% BR	50% des frais réels			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	100% BR + 75€	100% BR + 100€	100% BR + 125€	100% BR + 150€	100%BR + 175€
Lentilles refusée par la Sécurité sociale (par année d'adhésion)	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €
Forfait chirurgie réfractive, traitement au laser (par année d'adhésion) (par œil)	-	250 €	300 €	350 €	400 €
Bonus fidélité au contrat, forfait chirurgie réfractive, traitement au laser, après 2 années d'adhésion, la garantie augmente de :	-	+50€	+100 €	+100 €	+150 €

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 ⁽⁷⁾	Frais réels				
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille ⁽⁸⁾	100% BR +100 €	100% BR +100 €	100% BR + 150€	100% BR + 150€	100% BR + 200€
Accessoires	100% BR				

BR : Base de remboursement BR (Base de remboursement) : il s'agit du tarif de référence retenu par l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime obligatoire) pour calculer sa prise en charge. Un taux de remboursement est appliqué à la BR retenue afin de déterminer le montant à rembourser à l'assuré. Ce taux varie si le praticien est adhérent ou non à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM). Les garanties exprimées en BR incluent les remboursements du Régime obligatoire. Le montant remboursé peut être inférieur au montant facturé.

Frais réels : La totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

* 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) Dans le cadre du «100% Santé», ces frais 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.
- (3) Prise en charge selon les limitations prévus par le dispositif « Mon Soutien Psy ».
- (4) Tels que définis règlementairement. 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 d'Assurance Maladie Obligatoire et dans la limite des honoraires limites de facturation prévus pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.
- (5) Tels que définis règlementairement. 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 limite 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 d'Assurance Maladie Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.
- (6) Se référer au tableau d'explication figurant ci-dessous pour connaître le détail des Catégories 1, 2 et 3.
- (7) Tels que définis règlementairement. 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 limite 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.
- (8) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime Obligatoire.



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 $\leq \grave{\text{a}} 6,00$

CATÉGORIE 3

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

CATÉGORIE 2

- 1 Verre de la catégorie 1
- ET
- 1 Verre de la catégorie 3

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

ou

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

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



... 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

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



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)

Jusqu'à
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



UN TRAITEMENT EFFICACE DE VOS DEMANDES

Gagnez du temps avec l'adhésion 100 % en ligne



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



DES CONSEILLERS DISPONIBLES

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



UNE ENTREPRISE RESPONSABLE

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

Comment déposer une réclamation ?

1 Adressez-Vous à notre Service Réclamations



Avec le formulaire réclamation
sur l'Espace Assuré
<https://monespace.april.fr>



Par e-mail:
relationclient@april.com



Par courrier:
Service réclamations
APRIL Santé Prévoyance
12 rue Juliette Récamier
CS15555
69452 Lyon Cedex 06

Nous accuserons réception de votre réclamation. Une réponse Vous sera apportée, par écrit, dans un délai de dix (10) jours ouvrables, et dans un délai de traitement maximal qui ne pourra excéder deux (2) mois à compter de l'envoi de cette réclamation.

2 Si le désaccord persiste, Vous pouvez saisir le 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, Vous pourrez saisir le Médiateur.

Conditions de saisine du Médiateur :

- Vous pouvez saisir le Médiateur Médiation Consommation Développement dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.
- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.



Par courrier:
MEDIATION CONSOMMATION DEVELOPPEMENT
Centre d'Affaires Stéphanois SAS
Immeuble de l'Horizon
Esplanade de France
3 rue Jacques Constant Milleret
42000 Saint-Étienne



Avec le formulaire de saisine sur le
site de la MEDIATION CONSOMMATION
DEVELOPPEMENT :
[https://www.cnpm-mediation-
consommation.eu/](https://www.cnpm-mediation-consommation.eu/)
MEDIATION CONSOMMATION
DEVELOPPEMENT - Règlement des litiges de
la consommation
Rubrique : Demander une médiation

Bon à savoir:

- Cette démarche ne Vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours.
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.
- Vous pouvez Vous adresser à notre Service Réclamations pour obtenir de l'aide pour la constitution de votre dossier.

À propos d'APRIL

APRIL est le leader du courtage grossiste en France avec un réseau de 27 000 courtiers partenaires dans le monde.

Les 3 000 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 20 pays et a enregistré en 2024 un chiffre d'affaires de 860M€.

www.april.com

 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.oriass.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
Harmonie Mutuelle - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II
du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le
numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.
Document non contractuel.

 april

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

