



Demande **d'adhésion** 2009

**APRIL Entreprendre - APRIL Frais Généraux Permanents  
Gérant Majoritaire + Santé**

[ Des solutions ] **pour votre entreprise**



***Bénéficiez d'une protection  
sociale complète adaptée à vos  
préoccupations de chef  
d'entreprise***

**Ouvert  
aux conjoints  
collaborateurs**



# Demande d'adhésion

CAP 1110

MERCI DE COMPLETER CETTE DEMANDE D'ADHESION EN MAJUSCULES ET DE LA SIGNER

n° adhérent :

n° assureur-conseil :

Nouvelle adhésion  Avenant  Fax transmis le

ASSURÉ(E)	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Nom : .....
Prénoms : .....	
Nom de jeune fille : .....	Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse : .....	
.....	
Ville : .....	Code Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Situation de famille : .....	
Activité professionnelle : .....	Code NAF de votre entreprise : .....
N° sécurité sociale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Tél. prof. : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Port. : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dom. : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Statut :</b> <input type="checkbox"/> Gérant non salarié (AD) <input type="checkbox"/> Entrepreneur en nom propre (AT) <input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié (réservé à la garantie Frais Généraux Permanents)	
Etes vous créateur d'entreprise depuis moins d'un an ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Dernier revenu professionnel annuel net imposable</b> (hors dividendes) .....€ <b>Dividendes</b> (le cas échéant) .....€ (à préciser uniquement pour la garantie APRIL Entreprendre)	
Avez-vous repris une activité ou changé de statut depuis moins d'un an ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Exemplaire Adhérent

## Garantie Santé Gérant Majoritaire + Santé

Date d'effet souhaitée :       au plus tôt le lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances.

Réf produit :  20/10  10/10

Niveau de garantie choisi <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5									
Déductibilité Madelin <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non									
Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire				Choix de votre cotisation
					Salarié	TNS	Agric.	Als/Mos	
Adhérent(e)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Taux isolé/enfant <input type="checkbox"/> Taux couple/enfant
Conjoint(e)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1 <sup>er</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'entreprise est-elle payeur de primes ?  Oui  Non

# Garantie Prévoyance APRIL Entreprendre - L'assuré est obligatoirement l'adhérent.

CAP 1110

Date d'effet souhaitée :       Au plus tôt le lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances.

Réf produit :  10<sup>(1)</sup>  15<sup>(2)</sup>  20<sup>(3)</sup>

Assiette de base des garanties	
<b>• Pour l'assuré :</b>	
Revenus professionnels annuels (hors dividendes) à garantir* : .....	} Le total doit être inférieur à 5 PASS** (soit 171 540 €) (sauf créateurs : 1.5 PASS** (soit 51 462 €))
Dividendes à garantir* : .....	
<b>• Si l'assuré est conjoint collaborateur :</b>	
Assiette à garantir : .....	} 1/2 PASS** maximum (soit 17 154 €)
* Plafonné aux derniers revenus professionnels annuels nets et/ou aux derniers dividendes imposables. ** PASS 2009 : 34 308 €	

Choix des garanties	
<b>Décès/IAD</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Décès / IAD (obligatoire)</b> <input type="checkbox"/> 200% <input type="checkbox"/> 300% <input type="checkbox"/> 400% <input type="checkbox"/> 500% <input type="checkbox"/> 600% <input type="checkbox"/> 700% <input type="checkbox"/> 800%
	<input type="checkbox"/> <b>Rente de conjoint</b> : (nom, prénom) .....
	<input type="checkbox"/> <b>Rente éducation</b> : (nom et prénom des enfants) .....
	.....

<b>ITT/IPT</b>	<b>Franchise</b> <input type="checkbox"/> 15/3/3 (sauf départements 06, 13, 30, 34, 83, 46, 12, 82, 81, 32, 31, 09, 65) <input type="checkbox"/> 30/3/3 <input type="checkbox"/> 30/30/30 <input type="checkbox"/> 90/3/3
	<input type="checkbox"/> <b>Réduction créateur/repreneur</b> <input type="checkbox"/> 15% (si franchise 30/3/3) <input type="checkbox"/> 20% (si franchise 30/30/30 ou 90/3/3) (à appliquer sur la cotisation Décès / Rentes / ITT/IPT)
	<input type="checkbox"/> <b>Option Invalidité Professionnelle - Prise en charge dès 15 %</b> (réservée aux médecins, chirurgiens, chirurgiens dentistes, vétérinaires, pharmaciens, radiologues, biologistes, sages femmes)

<b>Garantie Viagère Immédiate</b>	Pour bénéficier de cette garantie, vous devez avoir bénéficié d'un contrat de prévoyance de garantie équivalente résilié depuis moins de 3 mois.	<input type="checkbox"/> oui
-----------------------------------	--	------------------------------

Bénéficiaires des garanties en cas de décès	
<input type="checkbox"/>	Mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps, par un jugement définitif, à défaut mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité en vigueur au jour du décès, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, par parts égales, à défaut mes ascendants, par parts égales, à défaut mes héritiers, par parts égales. (00010)
<input type="checkbox"/>	Autres (préciser nom, prénom, date de naissance, adresse) : ..... ....., à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.

SPORTS AMATEURS	
<b>Sports amateurs couverts sans majoration</b> : football, handball, volley-ball, basket-ball, tennis, tennis de table, golf, cyclisme, tir à l'arc, course à pieds, surf, ski (hormis le ski hors piste), squash, athlétisme, gymnastique, rugby, natation, escrime.	
<b>Autres sports amateurs - Sports couverts avec majoration tarifaire ou soumis à étude :</b>	
<input type="checkbox"/> Je souhaite être couvert pour le sport amateur suivant : .....	
J'accepte la majoration tarifaire ci dessous :	
<input type="checkbox"/> + 25% : varappe, escalade, sports de combat (judo, karaté, kung-fu et taekwondo), sports hippiques (course de chevaux, équitation, chasse à courre, polo, jumping), sports nautiques (canyoning, yachting, jet scooter, rafting, jet ski, offshore, kitesurf).	
<input type="checkbox"/> + 50% : montgolfière, hockey, moto-neige, bobsleigh, plongée sous-marine, spéléologie.	
<input type="checkbox"/> + 100% : sports de vitesse avec engin à moteur, sports aériens.	
<input type="checkbox"/> Autres sports amateurs : soumis à étude.	

PARTICIPATION À DES COMPÉTITIONS SPORTIVES	
Souhaitez-vous être couvert dans le cadre de la participation à des compétitions sportives ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, merci de préciser pour quel sport : .....	
Une proposition tarifaire adaptée vous sera communiquée.	

SEJOURS A L'ETRANGER	
Si vous êtes amené à effectuer des déplacements à l'étranger, souhaitez-vous être couvert dans ce cadre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui : - Durée du séjour : ..... Fréquence : .....	
- Pays de destination : .....	

DÉDUCTIBILITÉ MADELIN (UNIQUEMENT POUR LES GARANTIES SANTÉ ET PRÉVOYANCE)			
Souhaitez-vous bénéficier de la loi Madelin pour les cotisations calculées sur la base de vos revenus professionnels (hors dividendes) ?			
• au titre de la garantie Décès/IAD* :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	(si oui, le capital garanti sera versé sous forme de rente).	
• au titre de la garantie Rente éducation :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	• au titre de la garantie Incapacité/invalidité :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• au titre de la rente conjoint :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	• au titre de Gérant Majoritaire + Santé :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
* hors garantie double effet			

# APRIL Frais Généraux Permanents

Date d'effet souhaitée :       Au plus tôt le lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances.

**CAP 1110**

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE ADHERENTE		n° adhérent : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Raison sociale : .....		
Forme juridique : ..... Code NAF : ..... N° SIREN : ..... Date de création : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Adresse : .....		
Ville : ..... Code Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Date de clôture de bilan : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

CHOIX DE LA GARANTIE	
Montant : ..... € (10 000 €/mois maxi)	
Franchise <input type="checkbox"/> 15/3/3 (sauf départements 06, 13, 30, 34, 83, 46, 12, 82, 81, 32, 31, 09, 65) <input type="checkbox"/> 30/3/3 <input type="checkbox"/> 30/30/30 <input type="checkbox"/> 90/3/3	
Durée d'indemnisation <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> 18 mois <input type="checkbox"/> 24 mois	

## Cotisations

Garantie Prévoyance	Votre catégorie d'activité professionnelle : <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3	Taux appelé sur les revenus professionnels à garantir	Taux appelé sur les dividendes à garantir (non Madelin)
<input checked="" type="checkbox"/> Décès / IAD			
<input type="checkbox"/> Rente de conjoint.....			
<input type="checkbox"/> Rente éducation.....	x nombre d'enfants		
<input type="checkbox"/> Incapacité / Invalidité	<input type="checkbox"/> Option Invalidité professionnelle (professions médicales) .....+30 %		
<input type="checkbox"/> Réduction créateurs/repreneurs : .....	% (à appliquer sur la cotisation Décès/ Rentes/ITT/PT)		
<input type="checkbox"/> Couverture sport amateur : <input type="checkbox"/> + 25 % <input type="checkbox"/> + 50 % <input type="checkbox"/> + 100 % (à appliquer sur la cotisation Décès /Rentes/ITT/PT) <input type="checkbox"/> Autre : soumis à étude			
Cotisation TTC Totale Prévoyance.....			€
Cotisation TTC Totale Frais Généraux Permanents.....			€
Cotisation TTC Totale Gérant Majoritaire + Santé.....			€
TOTAL.....			€

Mode de paiement		
Périodicité	Prélèvement automatique (je joins un RIB)	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	Impossible
Mensuelle	<input type="checkbox"/>	Impossible

Ma cotisation annuelle globale TTC : ..... €

Droit d'adhésion (1) : ..... +20 €

**Total** = ..... €

(1) Ce droit n'est pas dû si l'adhérent bénéficie déjà d'un contrat APRIL Assurances.


Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois :

"Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'aux conventions APRIL Entreprendre Madelin QUA 24800 et/ou QUA 24802 et/ou APRIL Entreprendre Non Madelin QUA 24801 et/ou QUA 24803 souscrites par elle auprès de Quatrem Assurances Collectives, à la convention Gérant Majoritaire + Santé 2007P02 souscrite par elle auprès d'Axéria Prévoyance, et à la convention APRIL Frais Généraux Permanents FR 32 021 693 souscrite par elle auprès d'ACE European Group Limited. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant notice d'information, référencées CAPE 09-01/09 (APRIL Entreprendre), CAPP 08-04/08 (APRIL Frais Généraux Permanents) et GMAS 09-01/09 (Gérant Majoritaire + Santé), des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus. Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03. Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois. Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur des conventions APRIL Entreprendre Madelin QUA 24 800 et QUA 24 802, APRIL Entreprendre Non Madelin QUA 24 801 et QUA 24 803, APRIL Frais Généraux Permanents FR 32 021 693 et Gérant Majoritaire + Santé N° 2007P02 souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL. J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.


Fait à :

Date :


**Signature de l'assuré qui sera également l'adhérent au titre de la garantie prévoyance et santé**



**En cas de souscription de la garantie FGP la signature de l'entreprise adhérente**



**Le cachet et le visa de l'assureur-conseil**



Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

Exemplaire Adhérent

# Questionnaire médical complet

**Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires au Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans le fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances, Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03.**

n° adhérent :

**Assuré(e)** Nom : ..... Prénom : ..... Taille : ..... cm Poids : ..... kg

<b>1</b>	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie, ...), examens, traitement ou convalescence ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :            Raison : ..... Durée du séjour : .....            Date : .....            Résultats : .....</p> <p><b>Merci de joindre le compte rendu d'hospitalisation.</b></p>
<b>2</b>	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous été victime d'un accident corporel qui a justifié un arrêt de travail de plus de 3 semaines consécutives ? (exemples : domestique, travail, voie publique, sport) ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :            Date : .....            Bilan des lésions : .....            Séquelles éventuelles : .....</p> <p><b>Merci de joindre le certificat médical initial et/ou le compte rendu d'hospitalisation.</b></p>
<b>3</b>	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux (exemples : sanguins, urinaires, radiographies), hors suivi systématique en période de grossesse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :            Date : ..... Raison : .....            Résultats : .....</p> <p><b>Merci de fournir la copie des résultats de l'examen.</b></p>
<b>4</b>	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :            Motif : .....            Date de début : ..... Durée : .....</p>
<b>5</b>	<p>Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>A quelle date ? .....</p>
<b>6</b>	<p>Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :            Motif : .....            Date de début : ..... Durée : .....</p>
<b>7</b>	<p>Suivez-vous un traitement ou avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à un mois <b>sauf pour affections saisonnières, traitement de contraception</b> ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :            Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : .....            Date de début : ..... Date de fin : .....</p> <p><b>Merci de fournir la photocopie des examens de suivi de votre maladie.</b></p>
<b>8</b>	<p>Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) d'une infirmité, d'une invalidité (rente accident du travail, pension d'invalidité) ou d'une incapacité permanente ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :            Motif : ..... Date : .....            Localisation ou nom de la maladie : ..... % d'incapacité permanente ou invalidité : .....</p>
<b>9</b>	<p>Devez-vous être hospitalisé(e) pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie, ...), examens, traitement ou convalescence ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :            Date : ..... Nature : .....</p>

A détacher et à retourner à APRIL Assurances

Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :	
<b>10</b>	<b>a</b> Affection de l'appareil respiratoire (exemple : asthme) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>b</b> Affection de l'appareil cardio-vasculaire (exemples : infarctus, HTA, artérite, ...) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>c</b> Affection de l'appareil digestif (exemples : ulcère, hépatite, pancréatite, colite, ...) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>d</b> Affection de l'appareil urinaire, génital (exemples : albuminurie, hématurie, Maladie Sexuellement Transmissible) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>e</b> Affection neurologique ou musculaire (exemples : épilepsie, myopathie, paralysie, méningite...) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>f</b> Affection psychique ou psychiatrique (exemples : dépression nerveuse, stress, anxiété, ...) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>g</b> Affection cancéreuse ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>h</b> Maladie infectieuse ou parasitaire (exemples : hépatite, mycose, paludisme, ...) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>i</b> Affection endocrinienne (exemples : thyroïde, diabète...) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>j</b> Affection métabolique (exemples : cholestérol, triglycérides, ...) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>k</b> Affection hématologique (exemples : maladie de Hodgkin, anémie, ...) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....
	<b>l</b> Affection rhumatismale, articulaire, ligamentaire, disco-vertébrale ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : ..... Localisation précise (exemples : épaule, genou, ... et côté) : ..... Pour la colonne vertébrale, précisez le(s) segment(s) touché(s) : <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré Merci de joindre la copie du compte rendu de l'IRM, du scanner, des radiographies et examens biologiques effectués.
	<b>m</b> Affection ophtalmologique, ORL, dermatologique (exemples : glaucomes, surdité, psoriasis) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Nom de la maladie : ..... Nature du traitement : ..... Date de début : ..... Date de fin : .....

**Si vous avez répondu au moins une fois positivement dans le cadre de la question 10, merci de joindre la copie de votre dernier bilan sanguin, de vos éventuels résultats d'examens, consultations spécialisées et Compte Rendu d'Hospitalisation.**

Ce questionnaire médical est valable 4 mois à compter de sa signature. Si vous étiez déjà assuré, cette validité peut être portée à 6 mois, sur justificatifs.

S'agit-il d'une reprise à la concurrence ?  oui  non

Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (exclusion médicale, surprime, ...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

**Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.**

**Signature de l'Assuré :**

Date :

## Zoom sur les formalités médicales

### Important

- Je m'assure que toutes les formalités médicales sont intégralement réalisées (voir tableau des formalités médicales et financières, p.7 des garanties).
- Je vérifie que le rapport médical est totalement complété, daté et bien signé, le cas échéant.

## Je joins à mon envoi

### Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée
- 2 Mon relevé d'identité bancaire ou postal (et celui de votre entreprise si elle est payeur de primes pour GMA+ Santé)
- 3 Les justificatifs médicaux si le questionnaire de santé contient des réponses positives
- 4 L'autorisation de prélèvement dûment complétée.

J'envoie le tout à APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - Direction Prévoyance  
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03

## Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances. Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :

- Le guide de l'assuré (informations pratiques)
- Votre carte avec votre numéro d'assuré
- Votre certificat d'adhésion
- Votre avis d'échéance
- Un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- Un résumé de vos garanties

## APRIL Assurances à vos côtés

Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les travailleurs indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, APRIL Assurances s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une qualité de gestion hors normes en 24 heures.



**Santé et Prévoyance individuelle**.....Tél. **0891 46 9000** (0,23 € TTC/min)



**Assurance de Prêt**.....Tél. **0891 46 6000** (0,23 € TTC/min)

[www.april.fr](http://www.april.fr)

### [ Notre engagement, votre satisfaction ]



- Vous apporter la qualité au prix juste
- Vous garantir un traitement en 24h
- Vous simplifier l'assurance
- Vous protéger surtout en cas de difficulté
- Vous faire profiter de services en ligne sur [www.april.fr](http://www.april.fr)
- Vous satisfaire



Une société certifiée ISO 9001(1) version 2000

Retrouvez le détail des engagements d'APRIL Assurances sur [www.april.fr](http://www.april.fr)

## APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

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

A sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au sein de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2,5 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **2 700 collaborateurs et 71 sociétés du groupe**.

#### Pour en savoir plus

contactez votre assureur-conseil ou votre conseiller mutualiste

**CAPRILA**  
163 RUE DES BLAINS  
92220 BAGNEUX  
Tél : 01 45 36 00 55  
Email :  
[laurent.gruchy@caprila.com](mailto:laurent.gruchy@caprila.com)

#### APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

##### Siège social,

Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet [www.april.fr](http://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.oriass.fr](http://www.oriass.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taïbout, 75436 Paris cedex 09. Un contrat conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par Quatrem Assurances collectives (prévoyance), entreprise régie par le code des assurances. S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital social de 380 426 249 € dont le siège social est situé 45-47 rue Le Peletier - 75009 PARIS - RCS Paris 412 367 724, ACE European Group Limited (APRIL Frais Généraux Permanents) et Axéria Prévoyance (Gérant Majoritaire + Santé).