



Demande **d'adhésion** 2008/2009

Protection Tempo

[Des solutions] **pour tous et pour chacun**



*La protection de vos
proches en toute sérénité*

Demande d'adhésion 2008/2009

PTO32

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° adhérent :

nouvelle adhésion avenant* fax transmis le :

n° assureur-conseil : **66789**

*merci de préciser sur papier libre la nature de la modification

Durée de souscription < 3 ans (30) ≥ 3 ans (10)

Adhérent(e) M. Mme Mlle

Nom : Prénom :
 Adresse : Code Postal : Ville :

Assuré(e) M. Mme Mlle

Nom : Prénom :
 Adresse : Code Postal : Ville :
 Né(e) le :

Situation de famille : Nombre d'enfant(s) à charge :
 Tél. domicile : Tél. (autre) :
 E-mail(1) :

Profession exacte de l'assuré(e) :

Bénéficiaires en cas de décès :

mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. (001)
 autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) :
 à défaut mes héritiers par parts égales.

(1) J'accepte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Etant entendu que je pourrais mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

Cotisation quinquennale (50) non Oui je rajoute 3 ans à mon âge dans le tableau des cotisations.

Garantie(s) souscrite(s) (2)	Capital garanti (A)	Cotisation annuelle (cf. tableau) (B)	Calcul (A)x(B)/1 000	Réduction non-fumeur -20 % (3)	Ma cotisation annuelle TTC
<input checked="" type="checkbox"/> Décès/Invalidité Absolue et Définitive (maxi : 750 000 €) DC € € €	<input type="checkbox"/> oui x 0,80 = €	= €
<input type="checkbox"/> Invalidité Permanente et Totale (maxi : 305 000 €) IP € € €	<input type="checkbox"/> non	= €
<input type="checkbox"/> Doublement du capital en cas d'accident (maxi : 750 000 €) DA € € €	////	= €
Je choisis mon mode de paiement (2)					Ma cotisation annuelle totale = € Droit d'adhésion (4) + 20,00 € Total = €
Périodicité	Prélèvement automatique Joindre un RIB ou un RIP	Chèque			
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	impossible			
Mensuelle (5)	<input type="checkbox"/>	impossible			
(2) Mettre une croix pour l'option choisie (3) Signer la déclaration sur l'honneur. (4) Ce droit n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances					Ajustement : je souhaite l'indexation annuelle des cotisations ainsi que des garanties sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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

La date d'effet souhaitée (Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances).

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.

"Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL, ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA Prévoyance pour moi-même. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées PTO 07-09/07, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment 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 les 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 03. Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un 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 2 mois. Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur de l'Association des Assurés d'APRIL."

Fait à
le

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

La signature de l'Adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"

La signature de l'Assuré précédée de la mention "lu et approuvé"

Déclaration d'état de santé

L'assuré(e) déclare :

- 1 Ne pas être actuellement sous surveillance ou sous contrôle médical ; ne pas suivre de traitement médical (hors affection saisonnière ou traitement contraceptif).
- 1 Ne pas être en arrêt de travail ou ne pas bénéficier d'un aménagement de ses conditions de travail pour raisons médicales ; ne pas bénéficier de rente d'invalidité.
- 1 Ne pas avoir connu plus de 30 jours consécutifs d'arrêt de travail ou de temps partiel thérapeutique au cours des 5 dernières années (hors maternité).
- 1 Ne pas avoir été hospitalisé(e) ou opéré(e) ou ne pas avoir bénéficié d'un geste médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie, ...) au cours des 10 dernières années (*).
- 1 Avoir un poids qui corresponde à sa tranche de taille :

Taille (en cm)	143-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	181-185	186-190	191-195	196-200
Poids (en kg)	38-63	40-74	43-80	46-85	50-90	53-95	55-101	58-107	61-113	65-120	70-125

- 1 Ne pas pratiquer un des sports suivants :

- **Sports équestres** : concours complet d'équitation, concours et courses hippiques, cross country, polo, rodéo.
- **Sport automobile et moto** : courses de côte (auto), épreuve de vitesse automobile, Formules 1/3000/3, rallyes, raid, stock car, courses de moto sur circuit, quad en compétition, speedway, endurance moto, enduro, motocross, trial, karting en compétition.
- **Sport de montagne** : alpinisme, escalade, luge en compétition, ski/surf hors pistes balisées, bobsleigh, skeleton.
- **Sport nautique** : navigation au-delà de 20 miles des côtes, pêche ou plongée sous marine d'une profondeur supérieure à 20m avec ou sans équipement autonome, course hors-bord, course off-shore, canyoning, catamaran, rafting.
- **Sport de combat** : arts martiaux et lutte en compétition, boxe (même en amateur).
- **Sport divers** : saut à l'élastique, VTT en compétition, spéléologie.
- **Sport aérien** : hélicoptère, aviation, ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, vol à voile, planeur, kite, montgolfière.

*(sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule biliaire, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG)

Vous devez compléter le Questionnaire de Santé ci-contre :

- Si vous pratiquez l'un des sports qui figure dans la liste ci-dessus et que vous souhaitez être garanti pour cette pratique.
- Si vous ne pouvez pas signer cette déclaration d'état de santé.

Fait à
le

Signature de l'Assuré

8

Cette déclaration d'état de santé est valable 3 mois à compter de sa signature .

"Je déclare sur l'honneur ne jamais avoir fumé au cours des 2 dernières années."
Signature de l'Assuré

8

n° adhérent :

Questionnaire de santé

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 entrainera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquerez 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 accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, 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 ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances Immeuble APRILIUM, 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Questionnaire de santé simplifié

Assuré Nom :		Prénom :		Taille : cm	Poids : kg
1	Etes-vous actuellement en arrêt total ou partiel de travail sur prescription médicale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif : Date <input type="text"/>	
2	Avez-vous été en arrêt total ou partiel au cours des 5 dernières années, pendant plus de 30 jours continus ou non ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif : Date(s) début <input type="text"/> Date(s) fin <input type="text"/>	
3	Bénéficiez-vous d'une rente invalidité si oui joindre la notification médicale et/ou êtes-vous atteint d'une infirmité quelconque ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Laquelle : Depuis quand <input type="text"/>	
4	Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions, précisez : Motifs :	
	- une affection cancéreuse, - une affection neurologique (ex : épilepsie...), - une affection psychiatrique (ex : dépression nerveuse...), - une affection métabolique (ex : cholestérol, triglycérides, diabète...), - une affection de l'appareil respiratoire (ex : asthme), - une affection cardiaque ou vasculaire (ex : hypertension artérielle, infarctus...), - une affection des os, des muscles ou des articulations (ex : lumbago, hernie discale, affection des genoux, de l'épaule...), - une affection endocrinienne (ex : thyroïde...), - une affection résultant d'une immunodéficience acquise, - une affection de l'appareil urogénital (ex : reins, coliques néphrétiques...), - une affection de l'appareil digestif (ulcère, crohn...) - une affection du foie, du pancréas.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non	Le(s)quel(s) : Depuis quand : Durée du traitement :	
5	Au cours des 10 dernières années :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motifs : Quand : Durée de l'hospitalisation :	
	a) avez-vous été opéré(e) ou hospitalisé(e) (sauf maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG) ? b) avez-vous bénéficié d'un geste médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?				
6	Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motifs : Quand :	
7	Pratiquez-vous l'aviation ou une activité aérienne ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Laquelle : Souhaitez-vous être garanti pour cette activité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Pratiquez vous, même en qualité d'amateur, un sport dans les domaines suivants : sport équestre, sport automobile ou motorcycle, sport de montagne, sport nautique, sport de combat, sport aérien, saut à l'élastique, spéléologie, VTT en compétition ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquels : En compétition : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Souhaitez-vous être garanti pour cette activité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

A REMPLIR SI LE CAPITAL ASSURE EST SUPERIEUR A 100 000 € OU SI VOUS AVEZ PLUS DE 60 ANS

Questionnaire de santé

8	Avez-vous eu d'autres maladies ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquelles : Date <input type="text"/>	
9	Avez-vous été victime d'un accident corporel ? Précisez si il y a des séquelles	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Nature des blessures : Séquelles : Date <input type="text"/>	
10	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Date <input type="text"/> Pourquoi ? Résultat :	
11	Avez-vous ou non 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, dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	A quelle date : <input type="text"/>	
12	a. Comment exercez-vous votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> En intérim <input type="checkbox"/> Saisonnier	Si temps partiel précisez (3/4 temps) : Motif personnel <input type="checkbox"/> Motif médical <input type="checkbox"/>		
	b. Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ou êtes-vous exposé à des risques particuliers ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquels :	
	c. Résidez-vous ou êtes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, des Etats-Unis, du Japon et du Canada ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquels :	

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 entrainera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

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.

Fait à <input type="text"/> le <input type="text"/>	Signature de l'Assuré 8	"Je déclare sur l'honneur ne jamais avoir fumé au cours des 2 dernières années." Signature de l'Assuré
--	--------------------------------	---

Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,**
- 2 Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée,**
- 3 Mon relevé d'identité bancaire ou postal, pour davantage de simplicité et de rapidité,**
- 4 Les justificatifs médicaux si le questionnaire contient des réponses positives.**

**J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Prévoyance -
Immeuble APRILIUM - 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. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve du versement de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :

- 1 le guide de l'assuré (informations pratiques)
- 1 votre certificat d'adhésion
- 1 votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- 1 un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- 1 un résumé de vos garanties
- 1 des informations sur l'assistance

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

[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 april.fr
- Vous satisfaire



Une société certifiée ISO 9001(1) version 2000

Retrouvez le détail des engagements d'APRIL Assurances sur www.april.fr

APRIL, des solutions adaptées

APRIL 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.

Pour en savoir plus sur nos solutions..... www.aprilgroup.fr

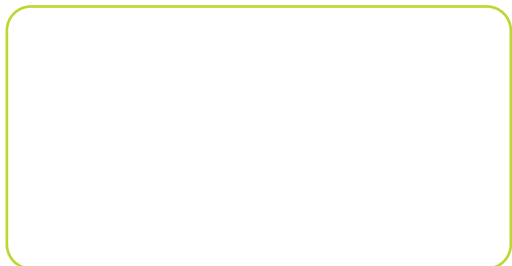
APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

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 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **2 456 collaborateurs et 61 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus

contactez votre assureur-conseil ou votre conseiller mutualiste



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

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 des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Le produit est conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par AXERIA Prévoyance.



Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

A compléter obligatoirement

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Date :
Signature :

Le débiteur

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier merle - 69439 Lyon cedex 03

Codes

Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB

L'Établissement teneur du compte à débiter

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos).



Protection
Tempo



Saviez-vous que l'on compte plus de 11 millions d'accidents de vie courante, qu'ils provoquent 20 000 morts chaque année et sont à l'origine de 2 à 3 fois plus de décès que les accidents de la route ?

Offrez une protection plus complète à vos proches avec la Garantie Familiale Accident.
Vous couvrez **toute votre famille** des conséquences **des accidents** de la vie privée : décès et **invalidité dès 5%** (les invalidités les plus fréquentes).



Garantie
Familiale
Accident