



Demande d'adhésion 2009

APRIL Prévoyance Salariés

[des solutions] pour les **salariés**



***La prévoyance adaptée
aux besoins des salariés***

Demande d'adhésion 2009

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

PSA 0110

Nouvelle adhésion Avenant* n° adhérent

n° assureur-conseil Fax transmis le

*Merci de préciser sur papier libre la nature de la modification.

ADHÉRENT(E) M Mme Mlle

Nom :
Prénoms :
Adresse :
Code postal : Ville :

ASSURE(E) M Mme Mlle

Nom :
Prénoms :
Nom de jeune fille :
Né(e) le :

Adresse :
Code postal : Ville :

Situation de famille : Nombre d'enfants à charge :

Tél domicile :

Tél bureau :

Tél (autre) :

Adresse E-mail⁽¹⁾ :

Profession exacte de l'Assuré(e) :

Secteur d'activité :

Je déclare sur l'honneur être salarié sous contrat de travail à durée indéterminée

Revenu professionnel annuel imposable (obligatoire) :

..... **Euros**

Année de référence :

Bénéficiaires en cas de décès :

mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mon partenaire lié par pacte civile 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.(0000001)

autres (préciser nom, prénoms, date de naissance, adresse) :

Bénéficiaire de la rente familiale :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Bénéficiaires de la rente éducation :

. 1^{er} enfant :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

. 2^e enfant :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

(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 y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

• Votre catégorie professionnelle C1 C2

Votre mode de paiement

Périodicité	Prélèvement automatique (2)	Chèque (2)
Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/an	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/an
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/sem
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/trim	impossible
Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 euros/mois	impossible

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

(2) Mettre une croix dans l'option choisie.

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.

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

A compléter obligatoirement **Le débiteur**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Signature :

Ville :

Date :

Codes		Le compte à débiter	
Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L'Etablissement teneur du compte à débiter			
Nom :			
Adresse :			
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville :			

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

Vos garanties

Date d'effet souhaitée : (sous réserve d'acceptation du dossier par APRIL Assurances). La date est au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances.

Garanties de base	Niveau de garantie choisi	Montant de la cotisation niveau 1	Calcul de votre cotisation
<input type="checkbox"/> Capital décès / IAD (DC)		 €
<input type="checkbox"/> Rente éducation (RS)		 €
<input type="checkbox"/> Rente familiale (R1)		 €
TOTAL (A)		 €
Options	Niveau de garantie choisi	Montant de la cotisation niveau 1	Calcul de votre cotisation
<input type="checkbox"/> Doublement accident (DA)	-	- €
<input type="checkbox"/> Incapacité/Invalidité • Franchise <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 120 jours • Incapacité • Invalidité		 €
		 €
		 €
Total Incapacité/Invalidité	-	 €
TOTAL (B)		 €

Ma cotisation mensuelle de base (A) + (B)	=	€
Frais d'échéance	+ 2,50 € par échéance	
Droit d'adhésion (1)	+ 20 €	
	=	€

(1) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à 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, veuillez cocher la case ci-contre.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL, ainsi qu'aux conventions souscrites 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 PSA 08-06/08, 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.

Je reconnais être informé que certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement spécifique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances.

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 - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

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 deux mois.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoit rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL.

Fait à :

Date :

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

La signature de l'Adhérent

La signature de l'Assuré



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 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 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 le fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances, Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Assuré(e) Nom :		Prénom :		Taille : cm		Poids : kg	
1	<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 ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Merci de joindre le compte rendu d'hospitalisation, le compte rendu opératoire et la copie des examens effectués.</p>	<p>Si oui, précisez :</p> <p>Raison :</p> <p>Durée du séjour :</p> <p>Date : <input type="text"/></p> <p>Résultats :</p>					
	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous été victime d'un accident corporel (exemple : domestique, travail, voie publique, sport) ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Merci de joindre le certificat médical initial et/ou le compte rendu d'hospitalisation et le rapport d'expertise.</p>	<p>Si oui, précisez :</p> <p>Date : <input type="text"/></p> <p>Durée de l'arrêt de travail :</p> <p>Bilan des lésions :</p> <p>Séquelles éventuelles :</p>					
3	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux (exemples : sanguins, urinaires, radiographies), hors suivi systématique en période de grossesse ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Merci de fournir la copie des résultats de l'examen.</p>	<p>Si oui, précisez :</p> <p>Date : <input type="text"/></p> <p>Raison :</p> <p>Résultats :</p>					
	<p>Etes-vous ou avez-vous été au cours des 5 dernières années en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Si oui, précisez :</p> <p>Motif :</p> <p>Date de début : <input type="text"/></p> <p>Durée :</p>					
5	<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 ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>A quelle date : <input type="text"/></p>					
	<p>Suivez-vous un traitement ou avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à un mois sauf pour affections saisonnières, traitement de contraception ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Merci de fournir la photocopie des examens de suivi de votre maladie.</p>	<p>Si oui, précisez :</p> <p>Nom de la maladie :</p> <p>Nature du traitement :</p> <p>Date de début : <input type="text"/> Date de fin : <input type="text"/></p>					
7	<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 ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Si oui, précisez :</p> <p>Motif :</p> <p>Date : <input type="text"/></p> <p>Localisation de la maladie :</p> <p>% d'incapacité permanente ou invalidité :</p>					
	<p>Devez-vous être hospitalisé(e) pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioscopie...), examens, traitement ou convalescence ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Si oui, précisez :</p> <p>Date :</p> <p>Nature :</p>					



Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :

a. Affection de l'appareil respiratoire (exemples : asthme, bronchite chronique...)? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :

b. Affection de l'appareil cardio-vasculaire (exemples : infarctus, HTA, artérite...)? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :

c. Affection de l'appareil digestif (exemples : ulcère, hépatite virale, pancréatite, colite)? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :

d. Affections rénales, urologiques, génitales (exemples : albuminurie, hématurie)? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :

e. Affection neurologique ou musculaire (exemples : épilepsie, myopathie, paralysie, méningite...)? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :

f. Affection psychique ou psychiatrique (exemples : dépression nerveuse, stress, anxiété...)? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :

g. Affection cancéreuse ? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :

h. Maladie infectieuse ou parasitaire (exemples : mycose, paludisme...)? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :

i. Affection endocrinienne (exemples : thyroïde, diabète...) et/ou affection métabolique (exemple : cholestérol, triglycérides...)? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la (des) maladie(s) :
 Nature du (des) traitement(s) :
 Date de début : Date de fin :

j. Affection du sang (exemples : maladie de Hodgkin, anémie...)? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :

k. Affection rhumatismale, articulaire, ligamentaire, disco-vertébrale ? oui non

Si oui, précisez :
 Nom de la maladie :
 Nature du traitement :
 Date de début : Date de fin :
 Localisation précise (exemple : épaule, genou... et côté) :
 Pour la colonne vertébrale, précisez le(s) segment(s) touché(s) :
 Cervical Dorsal Lombaire Sacré

9



9	I. 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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date de fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	m. Autres affections non citées ci-dessus ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, précisez : Nom de la maladie : Nature du traitement : Date de début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date de fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10	Pratiquez-vous des sports pour lesquels vous souhaitez être assurés ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, lesquels, précisez avec ou sans compétition :
11	Dans le cadre de votre activité professionnelle êtes-vous amené à effectuer des déplacements à l'étranger ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Durée du séjour : Pays de destination :
12	Habitudes de vie : Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, quantité par jour :
	Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, nombre de cigarettes par jour :

Si vous avez répondu au moins une fois positivement dans le cadre de la question 9, merci de joindre la copie de votre dernier bilan sanguin, de vos éventuels résultats d'examens, consultations spécialisées et compte rendu d'hospitalisation.

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.

Fait à le

La signature de l'assuré :

Questionnaire de santé valable 4 mois à compter de sa signature.

Je joins à mon envoi _____

Ma demande d'adhésion : remplie, dat e et signée,
Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée,
Mon relevé d'identité bancaire ou postal pour d'avantage de simplicité et de rapidité,
Les justificatifs médicaux si le questionnaire de santé contient des réponses positives.

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

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

