

N° adhérent : .....

Nom/Prénom : .....

Nationalité : .....

Date de naissance : .....

Dossier suivi par : **Le Service Médical**



Profession : .....

Employeur : ..... Secteur d'activité : .....

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

1 - Avez-vous prévu des séjours à l'étranger dans les 12 prochains mois ?  Oui  Non

. Vous pouvez regrouper les pays de l'Union Européenne sous le terme unique : EU

. Tous les autres pays doivent faire l'objet d'une déclaration dans le tableau en 1 bis

1.1 - Indiquez la nature de vos séjours :

Séjours de courte durée

Expatriation

Contrat local

Sans profession à l'étranger

Autre situation, précisez : .....

1.2 - Décrivez le but de vos missions : .....

1.3 - Quels transports utiliserez-vous ? .....

1bis	Pays	Villes	Ville la plus proche si hors grand centre urbain	Nombre de séjours par an	Durée moyenne par séjour	Loisirs	Travail
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom/Prénom : ..... N° adhérent : .....

**2 - Séjours antérieurs**

. Vous pouvez regrouper les pays de l'Union Européenne sous le terme unique : EU

. Tous les autres pays doivent faire l'objet d'une déclaration ci-dessous :

	Pays	Villes	Ville la plus proche si hors grand centre urbain	Nombre de séjours par an	Durée moyenne par séjour	Loisirs	Travail
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3 - Accidents survenus lors de précédents séjours à l'étranger :**

3.1 - Dates, lieux et circonstances : .....

3.2 - Nature et localisation des lésions : .....

3.3 - Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) : .....

3.4 - Lieu d'hospitalisation : .....

3.5 - Traitement(s), suivi(s) et durée : .....

3.6 - Séquelles : .....

4 - Souhaitez-vous être garanti(e) pour ce risque :  Oui  Non

**Important**

Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur (étant bien entendu que les articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance ou la réduction des garanties en cas de fausse déclaration.

A ..... Le ..... 20.....

Signature de la personne à assurer  
(précédée de la mention "lu et approuvé"):

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.orientas.fr](http://www.orientas.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

