

P R É V O Y A N C E

Prévoyance



(**Serenassur**)

Seniors

L'assurance d'une autonomie financière préservée

Demande d'Adhésion - 2007

- Des garanties évolutives selon votre état de dépendance
- Prise en charge de la dépendance totale et partielle
- Un soutien au quotidien dès l'adhésion, un accès privilégié à des services de télé-assistance
- Garantie viagère



april
ASSURANCES



L'assurance d'une autonomie financière préservée

Demande d'adhésion 2007

Réservé à APRIL Assurances

S E R 0 2 1 0

S E R 0 2 2 0

SER 06-11/06

000BR4CT

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion avenant*

fax transmis le :

n° assuré 1 :

n° de l'assureur-conseil :

n° assuré 2 :

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

Adhérent(e) (à remplir obligatoirement)

Nom : Adresse :

Prénom : Code Postal : Ville :

Assuré 1

M. Mme Mlle

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Situation de famille : Secteur d'activité :

Profession exacte :

Régime obligatoire : Salarié TNS Exploitant agricole Autre :

Si l'option "Capital Obsèques" est souscrite, en cas de décès de l'Assuré au cours de son adhésion, le capital garanti sera versé à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non dissout, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses ayants-droit.

Assuré 2

M. Mme Mlle

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Situation de famille : Secteur d'activité :

Profession exacte :

Régime obligatoire : Salarié TNS Exploitant agricole Autre :

Si l'option "Capital Obsèques" est souscrite, en cas de décès de l'Assuré au cours de son adhésion, le capital garanti sera versé à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non dissout, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses ayants-droit.

Informations communes

Adresse :

Code Postal Ville :

Téléphone : à remplir obligatoirement Portable :

Adresse E-mail :

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
27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 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

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)

Assuré 1 M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>		Nom :		Prénom :																
Garantie de base		Niveau choisi		Montant de la cotisation mensuelle																
OU <input type="checkbox"/> Dépendance totale (DT + AC) <input type="checkbox"/> Dépendance totale ou partielle (DP + AC) <input type="checkbox"/> Réduction conjoint – 10 % (à appliquer en cas d'adhésion couple)		pour la garantie de base	 € € – €																
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10																		
Options		Montant garanti		Montant de la cotisation mensuelle																
<input type="checkbox"/> Soutien Hospitalisation (SH) <input type="checkbox"/> Capital Obsèques (KO)		450 euros/an 3 500 euros		+ € + €																
TOTAL 1				= €																
Assuré 2 M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>		Nom :		Prénom :																
Garantie de base		Niveau choisi		Montant de la cotisation mensuelle																
OU <input type="checkbox"/> Dépendance totale (DT + AC) <input type="checkbox"/> Dépendance totale ou partielle (DP + AC) <input type="checkbox"/> Réduction conjoint – 10 % (à appliquer en cas d'adhésion couple)		pour la garantie de base	 € € – €																
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10																		
Options		Montant garanti		Montant de la cotisation mensuelle																
<input type="checkbox"/> Soutien Hospitalisation (SH) <input type="checkbox"/> Capital Obsèques (KO)		450 euros/an 3 500 euros		+ € + €																
TOTAL 2				= €																
Je choisis mon mode de paiement (1)		TOTAL COTISATION MENSUELLE DE BASE (TOTAL 1 + TOTAL 2)		= €																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Périodicité</th> <th>Prélèvement automatique</th> <th>Chèque</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Annuelle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/an</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/an</td> </tr> <tr> <td>Semestrielle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/sem</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/sem</td> </tr> <tr> <td>Trimestrielle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/trim</td> <td>impossible</td> </tr> <tr> <td>Mensuelle</td> <td><input type="checkbox"/> 2,50 €/mois (3)</td> <td>impossible</td> </tr> </tbody> </table>		Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque	Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/trim	impossible	Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/mois (3)	impossible	Frais d'échéance Droit d'adhésion (2) Je verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte de 45 € minimum (4)		+2,50 € +20,00 € = €	
Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque																		
Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an																		
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem																		
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/trim	impossible																		
Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/mois (3)	impossible																		
(1) Mettre une croix pour l'option choisie. (2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances. (3) Minimum pour le paiement mensuel : 16 €. (4) Affecté sur le compte cotisation de l'assuré 1 (si adhésion conjointe).																				
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 <input type="text"/> .																				
La date d'effet souhaitée <input type="text"/> (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).																				

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de FIDELIDADE pour moi-même.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées SER 06-11/06 et SERA 04-07/04, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant 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 - 27 rue Maurice Flandin, BP 3261, 69403 Lyon cedex 03.

APRIL Assurances pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. 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'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances.

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 1 précédée de la mention "lu et approuvé"

La signature de l'assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"



Questionnaire de santé

L'assurance d'une autonomie financière préservée

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 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 - 27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 Lyon Cedex 03.

Assuré(e) 1 M. Mme Mlle Nom : Prénom :

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.

S'il est répondu «OUI» à l'une des questions :

- précisez à chaque fois : l'affection ou le motif de l'intervention chirurgicale, les dates et tout autre renseignement demandé sur le questionnaire.
- **LE PROPOSANT DEVRA FAIRE REMPLIR UN QUESTIONNAIRE DEPENDANCE PAR SON MÉDECIN TRAITANT.**

1	Veillez indiquer : Votre taille : cm Votre poids : kg	
2	<p>Votre tension artérielle est-elle supérieure à 15/9 ?</p> <p>Si oui, indiquez les chiffres obtenus lors de votre dernier contrôle :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3	<p>Bénéficiez-vous du remboursement à 100% de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ?</p> <p>Si oui, indiquez la maladie en cause :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4	<p>Au cours des 5 dernières années avez-vous suivi un traitement médical d'une durée supérieure à 3 semaines (médicaments, kinésithérapie, suivi psychiatrique,...) pour une affection autre qu'une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?</p> <p>Si oui, précisez le motif : et le traitement suivi :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5	<p>Avez-vous été hospitalisé 5 jours consécutifs ou plus au cours des 5 dernières années, y compris en hospitalisation de jour, pour un autre motif qu'une ablation de la vésicule biliaire, une cure de hernie inguinale, une appendicectomie, une hémorroïdectomie ou une varicectomie ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6	<p>Etes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité supérieure ou égale à 10%, ou une demande de pension est-elle en cours ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison : De quel taux :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7	<p>Devez-vous effectuer dans les 6 prochains mois une consultation spécialisée, subir un traitement, une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?</p> <p>Si oui, précisez pour quelle raison et à quelle date :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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 ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Date :

J'ai remis le questionnaire Dépendance à mon client à faire remplir par son médecin traitant.

La signature de l'assuré 1

La signature de l'assureur conseil

Ce questionnaire de santé est valable 3 mois à compter de sa signature.



Questionnaire de santé

L'assurance d'une autonomie financière préservée

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 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 - 27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 Lyon Cedex 03.

Assuré(e) 2 M. Mme Mlle Nom : Prénom :

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.

S'il est répondu «OUI» à l'une des questions :

- précisez à chaque fois : l'affection ou le motif de l'intervention chirurgicale, les dates et tout autre renseignement demandé sur le questionnaire.
- **LE PROPOSANT DEVRA FAIRE REMPLIR UN QUESTIONNAIRE DEPENDANCE PAR SON MÉDECIN TRAITANT.**

1	Veillez indiquer : Votre taille : cm Votre poids : kg	
2	<p>Votre tension artérielle est-elle supérieure à 15/9 ?</p> <p>Si oui, indiquez les chiffres obtenus lors de votre dernier contrôle :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3	<p>Bénéficiez-vous du remboursement à 100% de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ?</p> <p>Si oui, indiquez la maladie en cause :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4	<p>Au cours des 5 dernières années avez-vous suivi un traitement médical d'une durée supérieure à 3 semaines (<i>médicaments, kinésithérapie, suivi psychiatrique,...</i>) pour une affection autre qu'une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?</p> <p>Si oui, précisez le motif :</p> <p>et le traitement suivi :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5	<p>Avez-vous été hospitalisé 5 jours consécutifs ou plus au cours des 5 dernières années, y compris en hospitalisation de jour, pour un autre motif qu'une ablation de la vésicule biliaire, une cure de hernie inguinale, une appendicectomie, une hémorroïdectomie ou une varicectomie ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6	<p>Etes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité supérieure ou égale à 10%, ou une demande de pension est-elle en cours ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison : De quel taux :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7	<p>Devez-vous effectuer dans les 6 prochains mois une consultation spécialisée, subir un traitement, une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?</p> <p>Si oui, précisez pour quelle raison et à quelle date :</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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 ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Date :

J'ai remis le questionnaire Dépendance à mon client à faire remplir par son médecin traitant.

La signature de l'assuré 2

La signature de l'assureur conseil

Ce questionnaire de santé est valable 3 mois à compter de sa signature.

Je joins à mon envoi

- **Ma demande d'adhésion** : remplie, datée et signée,
- **Mon autorisation de prélèvement** : remplie et signée,
- **Mon relevé d'identité bancaire ou postal**,
- **Mon chèque d'acompte** : à l'ordre d'APRIL Assurances.

**J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Prévoyance
BP 3343 - 27 rue Maurice Flandin - 69403 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 de l'acceptation de votre dossier par APRIL Assurances et 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 :

- votre certificat d'adhésion,
- votre avis d'échéance (situation de votre compte),
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat,
- un résumé de vos garanties,
- des informations sur l'assistance.



Siège social,
27 rue Maurice Flandin - BP 3261
69403 Lyon Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. de courtage en assurances à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 500 000 € - Inscrite sur la liste ALCA - 428 702 419 RCS LYON.
Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-7 et L512-6 du Code des Assurances.