

P R É V O Y A N C E

*Prévoyance*



# APRIL Prévoyance Salariés

La couverture complémentaire en prévoyance  
adaptée aux besoins des salariés

Demande d'Adhésion - 2007

- Des garanties en cas de décès et arrêt de travail
- Possibilité d'opter pour une version accident seul (réduction du tarif de 40 %)
- Des Franchises adaptées en cas d'arrêt de travail
- Indemnisation du mi-temps thérapeutique

april  
ASSURANCES

La couverture complémentaire en prévoyance adaptée aux besoins des salariés

nouvelle adhésion     avenant\*     fax transmis le :       n° adhérent :        
\*Merci de préciser sur papier libre la nature de la modification. n° de l'assureur-conseil :

**MERCI DE COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES**

<p><b>ADHÉRENT(E)</b>    <input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> Mme    <input type="checkbox"/> Mlle</p> <p>Nom : _____ Prénoms : _____ Adresse : _____ Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : _____</p> <p><b>ASSURE(E)</b>    <input type="checkbox"/> M    <input type="checkbox"/> Mme    <input type="checkbox"/> Mlle</p> <p>Nom : _____ Prénoms : _____ Nom de jeune fille : _____ Né(e) le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Adresse : _____ Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : _____ Situation de famille : _____ Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> <input type="text"/> Tél domicile : <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 bureau : <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 (autre) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Adresse E-mail : _____ Profession exacte de l'Assuré(e) : _____ Secteur d'activité : _____ <input type="checkbox"/> Je déclare sur l'honneur être salarié sous contrat de travail à durée indéterminée</p> <p><b>Revenu professionnel annuel imposable (obligatoire) :</b> _____ Euros Année de référence : _____</p>	<p><b>Bénéficiaires en cas de décès :</b></p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> autres (préciser nom, prénoms, date de naissance) : _____ _____ _____</p> <p><b>Bénéficiaire de la rente familiale :</b></p> <p>Nom : _____ Prénoms : _____ Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>Bénéficiaires de la rente éducation :</b></p> <p>Nom : _____ Prénoms : _____ Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nom : _____ Prénoms : _____ Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	--

- Votre catégorie professionnelle**     C1     C2
- Version choisie (risques couverts)**     Toutes causes     Accident seul

**• Votre mode de paiement**

Périodicité	Prélèvement automatique (1)	Chèque (1)
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<sup>er</sup> et le 10 du mois  .

(1) 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  
27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 LYON CEDEX 03

<b>A compléter obligatoirement</b>	<b>Le débiteur</b>
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Signature : _____	Code Postal : _____
Ville : _____	Ville : _____
Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

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)			..... €
<b>TOTAL (A)</b>			..... €
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	<input type="checkbox"/> 90/90/90 (IJ) <input type="checkbox"/> 120/120/120 (IJ)		
	• Franchise		..... €
	• Incapacité		..... €
• Invalidité			..... €
Total Incapacité/Invalidité	-		..... €
<b>TOTAL (B)</b>			..... €

Ma cotisation mensuelle de base (A) + (B)		=	..... €
Si vous avez opté pour la version "accident seul"	- 40 %	=	..... €
Frais d'échéance			+ 2,50 € par échéance
Droit d'adhésion (1)			+ 20 €
<b>Je verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte de 45 € minimum à l'ordre d'APRIL Assurances (2)</b>		=	..... €

(1) Montant qui n'est pas du si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances. (2) Cet acompte n'est pas dû si vous avez fait l'objet d'un démarchage à domicile.

**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.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'AXERIA prévoyance et de la Mutuelle MEXEM, 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 PSA 06-10/06, 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.

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 - 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 :

Date :

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

La signature de l'Adhérent

La signature de l'Assuré

La couverture complémentaire en prévoyance adaptée aux besoins des salariés

**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.**

**Si vous choisissez de souscrire la version "Accident seul" : répondez aux questions 1 à 6 avec la plus grande exactitude et toutes les précisions utiles pour nous permettre de vous faire une proposition rapide.**

**Si vous choisissez de souscrire la version "Toutes causes" (garantie globale maladie et accident) : répondez aux questions 1 à 13 et A à D.**

- S'il est répondu positivement à l'une des questions 1 à 13, merci de nous fournir le maximum de précisions.

- S'il est répondu positivement à l'une des questions A à D, merci de compléter le questionnaire complémentaire ci-joint.

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

Assuré(e) Nom : .....		Prénom : .....		Taille : ..... cm Poids : ..... kg	
1	Avez-vous été victime d'un accident corporel au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date : <input type="text"/>	Nature : - accident domestique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- accident du travail : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			- accident de la voie publique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- accident de voiture : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- autres : précisez : .....
Détail des événements : .....					
Séquelles éventuelles (douleurs au dos, migraine, prothèse, perte d'un oeil...) : .....					
2	Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ou l'avez-vous été pendant plus de 3 semaines consécutives au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : .....	Date de début : <input type="text"/>	Durée : .....
3	Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pour quelle maladie : .....	Nature du traitement : .....	Date de début : <input type="text"/> Date de fin : <input type="text"/>
4	Pratiquez-vous des sports ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquels, précisez avec ou sans compétition : .....	Souhaitez-vous être assuré pour ces sports : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
5	Devez-vous être hospitalisé pour des examens médicaux, une intervention chirurgicale ou un traitement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pour quelle raison : .....	Date prévue : <input type="text"/>	
6	Etes-vous ou avez-vous été atteint 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	Pour quelle raison : .....	Date : <input type="text"/>	
			Localisation ou nom de la maladie : .....		
Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, précisez la maladie : .....		
Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :					
7	a. Affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui : Laquelle : ..... Date de début : <input type="text"/> Date de fin : <input type="text"/> Nature du traitement : .....		
	b. Affection cardiaque ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	c. Affection de l'appareil digestif, urinaire, génital ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	d. Affection neurologique (ex : épilepsie...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	e. Affection psychique ou psychiatrique (ex : dépression nerveuse, stress, anxiété...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	f. Affection cancéreuse ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	g. Maladie infectieuse ou parasitaire (ex : hépatite, mycose, paludisme...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	h. Diabète ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
8	Souffrez-vous d'une maladie des organes des sens (ex : cécité, glaucome, myopie, surdité...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nature : .....	Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite ..... /10 Gauche ..... /10	

\* Si vous avez un doute, joindre la copie de votre dernière ordonnance de votre ophtalmologue.

Au cours des 5 dernières années :

9	Avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé pour opération, examen, traitement ou convalescence ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Raison : .....
		Durée du séjour : ..... Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultats : .....
	Devez-vous le faire au cours des 6 prochains mois ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature : .....
10	Avez-vous subi des examens médicaux (sanguins, urinaires, radiologiques, scanner, IRM, coloscopie, électrocardiogramme...) hors bilan annuel systématique et suivi systématique en période de grossesse ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison et résultats (fournir si possible la copie de l'examen) : .....
11	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	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Utilisez-vous en tant que pilote ou passager des engins aériens autres que ceux des lignes commerciales régulières ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
13	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 : .....

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

A	- Affection vasculaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
B	- Affection métabolique ? (ex : cholestérol, triglycéride)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
C	- Affection endocrinienne ? (ex : thyroïde)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
D	- Affection rhumatismale, articulaire (ex : lumbago, sciatique, hernie discale) ?	<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, et L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité.**



Si vous avez répondu **oui** à l'une des **4 dernières questions (A - B - C ou D)**, merci de répondre au **questionnaire complémentaire** confidentiel ci-joint.

Le questionnaire complémentaire personnel m'a bien été remis par mon assureur-conseil.

Fait à  le

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

Questionnaire valable 3 mois à compter de la 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

# APRIL Assurances à vos côtés

APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances simples et innovantes, les gère dans un souci permanent de réactivité et de qualité et les distribue par l'intermédiaire d'un réseau d'assureurs-conseils indépendants. Certifiée ISO 9001 version 2000 pour ses activités de conception et gestion de contrats d'assurance de personnes, APRIL Assurances place la satisfaction clients au coeur de ses engagements.



## Un large éventail de solutions

Très diversifiées, elles permettent à APRIL Assurances de répondre aux attentes du plus grand nombre d'assurés : famille, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants.

### Prévoyance

Solutions d'assurances santé et prévoyance individuelles.

Tél. 0 891 46 9000

(0,23 € TTC/min)

### Habitat

Solutions d'assurances de prêt.

Tél. 0 891 46 6000

(0,23 € TTC/min)

### Entreprise

Solutions d'assurances santé et prévoyance pour l'entreprise, protection du dirigeant.

Tél. 04 72 36 75 35

## Notre engagement, Votre satisfaction

- Une prise en charge immédiate des dossiers pour une gestion en 24 heures,
- **95 % de nos assurés se déclarent satisfaits d'APRIL Assurances\***,
- **98 % des assureurs-conseils se déclarent satisfaits de leur partenariat avec APRIL Assurances (dont 54 % de très satisfaits)\*.**



En 2005 APRIL Assurances entre dans le Palmarès des "25 entreprises où il fait bon travailler en France."

## Principaux repères

- Création d'APRIL Assurances en 1988,
- **1 million d'assurés** à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- 560 collaborateurs,
- 13 000 assureurs-conseils indépendants.

Votre Assureur-Conseil



Siège social,  
27 rue Maurice Flandin - BP 3261  
69403 Lyon cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet <http://www.april.fr>



APRIL ASSURANCES EST UNE SOCIÉTÉ D'APRIL COURTAGE