

P R É V O Y A N C E

Prévoyance



Géométris

Artisans / Commerçants /
Exploitants Agricoles

Travailleurs Non Salariés

Une solution globale et flexible
pour les professionnels indépendants

Demande d'Adhésion - 2007

- Des garanties définies selon vos revenus et complétant au plus juste les prestations de votre régime obligatoire
- Une protection complète en cas de décès et d'arrêt de travail pour vous, votre conjoint collaborateur et vos proches



■ 40 % de réduction de tarif pour le risque "Accident seul"

■ Déductibilité Madelin (Hors Exploitants Agricoles)



■ Souscription possible pour certaines professions à risques



■ Ouverture aux Exploitants Agricoles

■ Prise en charge en cas de reprise partielle d'activité
(garantie Protection Intégrale)



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

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADHÉRENT(E) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom : Prénoms : Adresse : Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : ASSURE(E) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle 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"/> 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) (si Exploitant Agricole, veuillez préciser la spécialité) : Statut : <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Exploitant Agricole Caisse d'affiliation : <input type="checkbox"/> ORGANIC <input type="checkbox"/> CANCAVA <input type="checkbox"/> AMEXA Création d'activité ou reprise d'activité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Bénéficiaires en cas de décès : <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. <input type="checkbox"/> autres (préciser nom, prénoms, date de naissance) : Bénéficiaire de la rente familiale : Nom : Prénoms : Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Revenu professionnel Annuel net Déclaré hors dividendes : (limité à 34 000 € pour les créateurs) Euros (obligatoire) | Bénéficiaires de la rente éducation : Nom : Prénoms : Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Bénéficiaires de la rente viagère enfant handicapé : Nom : Prénoms : Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Votre mode de paiement

| Périodicité | Prélèvement automatique | Chèque |
|---------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 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 .

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 3261 - 69403 LYON CEDEX 03

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

| Codes | | Le compte à débiter | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 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"/> |
| L'Etablissement teneur du compte à débiter | | | |
| Nom : | | | |
| Adresse : | | | |
| Code Postal <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))

Votre contrat

Vos garanties

Je souhaite souscrire la version "Accident seul" (uniquement disponible pour les modules Protection Intégrale et Frais Généraux Permanents).

Protection Intégrale (Décès + Arrêt de Travail)
Remplir le cadre A (Toutes causes) ou B (Accident seul)

Arrêt de travail seul
Remplir le cadre C

Frais Généraux Permanents
Remplir le cadre D (Toutes causes et Accident Seul)

Attention ! Pour la formule Protection Intégrale, l'une au moins des garanties décès de base est obligatoire et le montant du capital décès doit être égal à 300 % du Revenu Annuel Déclaré au minimum.

S'agit-il d'une reprise à la concurrence ? Oui Non

Votre catégorie professionnelle C1 C2 C3* C4 (nous consulter)

* Selon votre spécialité, vous pourrez faire l'objet d'une tarification spécifique.

Protection Intégrale version "Toutes causes" - date d'effet souhaitée : (1)

Cadre A

| | | | | | Cotisation mensuelle TTC | | |
|------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| Protection Intégrale GEO 2110M / GEO 2111NM | Décès | <input type="checkbox"/> Garantie décès/IAD (DC) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Niveau <input type="text"/> | |€ | |
| | | <input type="checkbox"/> Rente familiale (R1) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Niveau <input type="text"/> | |€ | |
| | | <input type="checkbox"/> Rente éducation (RS) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Niveau <input type="text"/> | Nb d'enfants <input type="text"/> | |€ |
| | | <input type="checkbox"/> Rente enfant handicapé (option) (GEO 2112) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Niveau <input type="text"/> | Nb d'enfants <input type="text"/> | |€ |
| | | TOTAL | | | | |€ |
| | | <input type="checkbox"/> Réduction Non Fumeur 20 % | | | | -.....€ | |
| | | <input type="checkbox"/> Option Doublement décès accidentel (si garantie décès/IAD en capital) (DA) | | | | +.....€ | |
| sous-total (A) | | | | | |€ | |
| Protection Intégrale GEO 2110M / GEO 2111NM | Arrêt de travail | <input type="checkbox"/> ITT du 1 ^{er} au 90 ^e jour | → Montant IJ/jour =€ (150 € max) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |€ | |
| | | <input type="checkbox"/> 7/7/3 (AT) | <input type="checkbox"/> 15/3/0 (AT) | <input type="checkbox"/> 30/3/0 (AT) | <input type="checkbox"/> 30/15/3 (AT) | <input type="checkbox"/> 30/30/30 (AT) |€ |
| | | <input type="checkbox"/> ITT du 91 ^e au 365 ^e jour (A1) | → Montant IJ/jour =€ (150 € max) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | +.....€ |
| | | <input type="checkbox"/> ITT du 366 ^e au 1095 ^e jour (A2) | → Montant IJ/jour =€ (150 € max) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | +.....€ |
| | | <input type="checkbox"/> Rente d'invalidité (RI) | → Montant / mois =€ (4 500 € max) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | +.....€ |
| | | <input type="checkbox"/> Vous habitez les départements 06, 13, 30, 34, 83, 31, 32, 81, 82, 09, 46, 12, 65 | | | | | +.....% |
| sous-total (B) | | | | | |€ | |
| TOTAL CADRE A | | | | | |€ | |

Protection Intégrale version "Accident seul" - date d'effet souhaitée : (1)

Cadre B

| | | | | | Cotisation mensuelle TTC | | |
|------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------|---------|
| Protection Intégrale GEO 2120M / GEO 2121NM | Décès | <input type="checkbox"/> Garantie décès/IAD (DC) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Niveau <input type="text"/> | |€ | |
| | | <input type="checkbox"/> Rente familiale (R1) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Niveau <input type="text"/> | |€ | |
| | | <input type="checkbox"/> Rente éducation (RS) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Niveau <input type="text"/> | Nb d'enfants <input type="text"/> | |€ |
| | | <input type="checkbox"/> Rente enfant handicapé (option) (GEO 2122) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Niveau <input type="text"/> | Nb d'enfants <input type="text"/> | |€ |
| | | TOTAL | | | | |€ |
| sous-total (A) - 40 % = | | | | | |€ | |
| Protection Intégrale GEO 2120M / GEO 2121NM | Arrêt de travail | <input type="checkbox"/> ITT du 1 ^{er} au 90 ^e jour | → Montant IJ/jour =€ (150 € max) | Non éligible Madelin | |€ | |
| | | <input type="checkbox"/> 3/0*(1) (AT) | <input type="checkbox"/> 15/3* (AT) | <input type="checkbox"/> 30/30* (AT) | |€ | |
| | | <input type="checkbox"/> ITT du 91 ^e au 365 ^e jour (A1) | → Montant IJ/jour =€ (150 € max) | Non éligible Madelin | | | +.....€ |
| | | <input type="checkbox"/> ITT du 366 ^e au 1095 ^e jour (A2) | → Montant IJ/jour =€ (150 € max) | Non éligible Madelin | | | +.....€ |
| | | <input type="checkbox"/> Rente d'invalidité (RI) | → Montant / mois =€ (4 500 € max) | Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | +.....€ |
| | | <input type="checkbox"/> Vous habitez les départements 06, 13, 30, 34, 83, 31, 32, 81, 82, 09, 46, 12, 65 | | | | | +.....% |
| sous-total (B) - 40 % = | | | | | |€ | |
| TOTAL CADRE B | | | | | |€ | |

* Franchises : Accident/hospitalisation à partir de 24 heures.

(1) Le tarif "toutes causes" est le tarif 15/3/0.

Arrêt de Travail (pas de souscription "Accident seul" possible)

date d'effet souhaitée : ⁽¹⁾

Cadre C

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Arrêt de travail GEO 2310M GEO 2311NM | <input type="checkbox"/> ITT du 1 ^{er} au 90 ^e jour → Montant IJ/jour =€ (150 € max) Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | <input type="checkbox"/> 7/7/3 (AT) <input type="checkbox"/> 15/3/0 (AT) <input type="checkbox"/> 30/3/0 (U) <input type="checkbox"/> 30/15/3 (U) <input type="checkbox"/> 30/30/30 (U) |€ |
| | <input type="checkbox"/> ITT du 91 ^e au 365 ^e jour (A1) → Montant IJ/jour =€ (150 € max) Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | +€ |
| | <input type="checkbox"/> ITT du 366 ^e au 1095 ^e jour (A2) → Montant IJ/jour =€ (150 € max) Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | +€ |
| | <input type="checkbox"/> Rente d'invalidité (RI) → Montant / mois =€ (4 500 € max) Madelin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | +€ |
| <input type="checkbox"/> Vous habitez les départements 06, 13, 30, 34, 83, 31, 32, 81, 82, 09, 46, 12, 65 | +% | |
| TOTAL CADRE C | |€ |

Frais Généraux Permanents - date d'effet souhaitée : ⁽¹⁾

Cadre D

Version "toutes causes" GEO 2410

| Durée d'indemnisation | Franchise | Montant mensuel | Cotisation | Majoration tarifaire | Votre cotisation mensuelle TTC |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 365 jours (FC) | (maladie/accident/hospitalisation) <input type="checkbox"/> 15/3/0 <input type="checkbox"/> 30/3/0 |€ |€/mois | <input type="checkbox"/> Vous habitez les départements 06, 13, 30, 34, 83, 31, 32, 81, 82, 09, 46, 12, 65 +% | TOTAL (D)€ |
| <input type="checkbox"/> 730 jours (FH) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1095 jours (FP) | <input type="checkbox"/> 30/30/30 <input type="checkbox"/> 90/90/90 | | | | |

Version "Accident seul" GEO 2420

| Durée d'indemnisation | Franchise | Montant mensuel | Cotisation | Majoration tarifaire | Votre cotisation mensuelle TTC |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 365 jours (FC) | (accident/hospitalisation) <input type="checkbox"/> 3/0 ⁽¹⁾ |€ |€/mois | <input type="checkbox"/> Vous habitez les départements 06, 13, 30, 34, 83, 31, 32, 81, 82, 09, 46, 12, 65 +% | Vous avez choisi la version "Accident seul", vous bénéficiez d'une réduction tarifaire de 40 % TOTAL (D)€ |
| <input type="checkbox"/> 730 jours (FH) | <input type="checkbox"/> 30/30 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1095 jours (FP) | <input type="checkbox"/> 90/90 | | | | |

(1) Le tarif "toutes causes" est le tarif 15/3/0.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Ma cotisation mensuelle globale TTC * *Composition selon Modules et Versions choisies. |€ |
| Droit d'adhésion (2) |+ 20 € |
| Je verse ce jour un chèque d'acompte de 45 € minimum à l'ordre d'APRIL Assurances (3) |€ |

(1) La date d'effet est au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances.

(2) Ce droit n'est pas dû si l'Adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.

(3) Cet acompte n'est pas dû si vous avez fait l'objet d'une vente par démarchage à domicile.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances et en fonction du (des) module(s) choisi(s), ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'AXERIA prévoyance, de la Mutuelle MEXEM et 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 GAI 07-01/07 pour le module "Protection Intégrale", GAP 07-01/07 pour le module "Arrêt de travail", GFG 07-01/07 pour le module "Frais Généraux Permanents", 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.

J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.

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

Une solution globale et flexible
pour les professionnels indépendants

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 : | | | | | |
| | | % d'incapacité permanente ou d'invalidité : | | | | | |
| | Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si oui, précisez la maladie : | | | | | |
| 7 | Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie : | | | | | | |
| | a. Affection de l'appareil respiratoire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | | | | | |
| | 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 | Si oui : | | | | | |
| | e. Affection psychique ou psychiatrique (ex : dépression nerveuse, stress, anxiété...) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Laquelle : | | | | | |
| | f. Affection cancéreuse ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Date de début : <input type="text"/> | | Date de fin : <input type="text"/> | | | Nature du traitement : |
| | 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 : |
| | Devez-vous le faire au cours des 6 prochains mois ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Durée du séjour : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultats : |
| 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) : |
| | 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, triglycérine) <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.

J'ai bien remis le questionnaire complémentaire personnel à mon client.

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 recto-verso, datée et signée,**
- **Mon autorisation de prélèvement remplie et signée,**
- **Mon relevé d'identité bancaire ou postal ; pour davantage de simplicité et de rapidité,**
- **Mon chèque d'acompte à l'ordre d'APRIL Assurances,**
- **J'adresse mon dossier à :**

**APRIL Assurances - Direction Prévoyance
27 rue Maurice Flandin
BP 3343 - 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



Une solution globale et flexible
pour les professionnels indépendants

Questionnaire complémentaire confidentiel

Pour faciliter l'étude de votre dossier, merci de compléter ce document avec la plus grande exactitude, car vos déclarations vous engagent. Nous joindre les documents permettant le suivi de votre pathologie. Ces éléments nous permettront de vous faire une proposition rapide (sans être obligé de revenir vers vous) et la plus adaptée à votre situation. 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, 27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 Lyon Cedex 03.

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| Assuré(e) Nom : | | Prénom : | | Date de naissance : <input type="text"/> | |
| S'il s'agit d'une maladie vasculaire, métabolique, endocrinienne : | | | | | |
| - Nom de celle-ci : | | | | | |
| - Traitement actuel : | | | Depuis quand : | | |
| - Chiffre de la tension artérielle : / | | | | | |
| - Combien de fois par an voyez-vous votre médecin pour cette pathologie : | | | | | |
| • Pour une hypertension : joindre l'ensemble de vos bilans sanguins, urinaires (sur 2 ans) et compte-rendu d'Electrocardiogramme (ECG) réalisés dans le cadre du suivi de cette pathologie. | | | | | |
| • Pour une perturbation de l'analyse de sang : | | | | | |
| - Augmentation du cholestérol : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - Augmentation des Triglycérides : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - Augmentation de l'acide urique : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - Augmentation de la glycémie (glucose) : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - Augmentation du bilan enzymatique hépatique (gamma GT, transaminases : SGPT, SGOT) : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| Joindre les 3 derniers bilans sanguins et urinaires effectués, ainsi que tout autre élément permettant une bonne expertise de votre dossier. | | | | | |
| • Pour les troubles de la thyroïde, s'agit-il : | | | | | |
| - D'une hyperthyroïdie : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - D'une hypothyroïdie : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - De l'existence d'un goitre : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - De l'existence d'un ou de nodules : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - D'une maladie de Basedow : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - D'une maladie de Hashimoto : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - Avez-vous été opéré : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Date : <input type="text"/> | |
| - Dosage de la TSH : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Résultat : | |
| Joindre le dernier bilan sanguin, compte-rendu d'échographie et, en cas d'opération, compte-rendu opératoire, anatomopathologique et bilan d'extension. | | | | | |
| S'il s'agit d'une affection articulaire : | | | | | |
| - Laquelle (ex : Rhumatisme, hernie, etc...) : | | | | | |
| - Localisation (ex : épaule, colonne vertébrale etc...) : | | | | | |
| - Traitement actuel : | | | | | |
| - Y a-t-il ou y a-t-il eu des séances : | | | | | |
| - de kinésithérapie : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Si oui, combien : | |
| - d'ostéopathie : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Si oui, combien : | |
| - autres : | | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Si oui, précisez : | |

- Y a-t-il eu intervention : oui non Si oui, laquelle, localisation :
- Pour les genoux préciser le côté :
- Pour la colonne vertébrale préciser les segments touchés : Cervicale Dorsale Lombaire Sacrée

Joindre les comptes-rendus radio, IRM, scanner, bilan sanguin effectué dans le cadre du suivi de cette pathologie. Et en cas d'intervention, joindre le compte-rendu opératoire.

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.

Fait à le

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

Questionnaire valable 3 mois à compter de la signature.



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