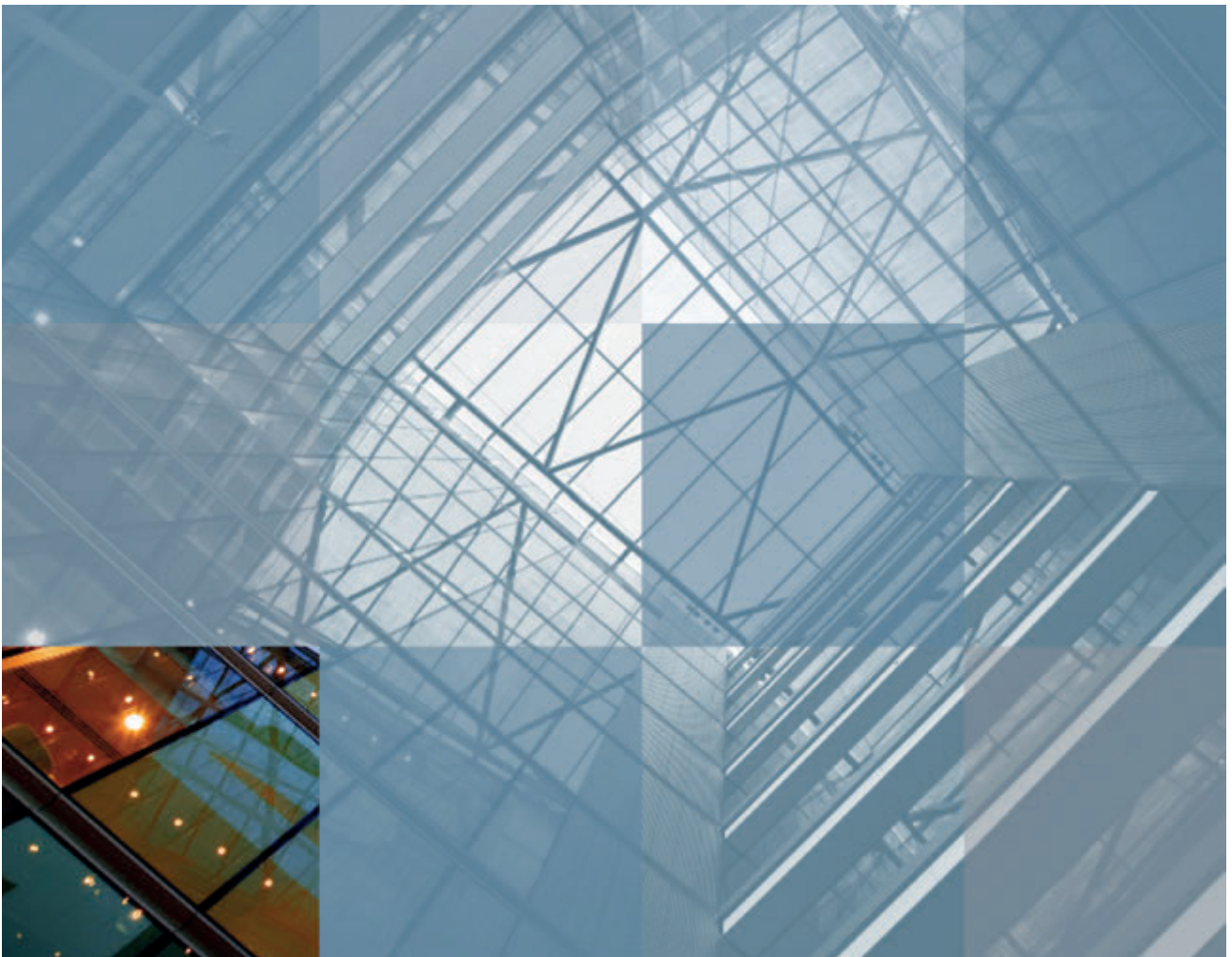




## **BULLETIN D'ADHÉSION**

PROTECTION PERSONNELLE



# PROTECTION PERSONNELLE

## Comment adhérer au contrat ?

Vous avez demandé une adhésion au contrat **PROTECTION PERSONNELLE** et nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez. Aussi, afin de permettre une étude de votre dossier dans les meilleurs délais, nous vous demandons de bien vouloir régulariser les documents suivants :

### Pièces à retourner

- Le bulletin d'adhésion rempli, daté et signé (remettre les 3 premiers exemplaires à votre interlocuteur et conserver l'exemplaire adhérent) ;
- La photocopie recto/verso de votre carte nationale d'identité, de votre titre de séjour ou de votre passeport en cours de validité ;
- Le cas échéant, le paragraphe spécifique de la déclaration spéciale non-fumeur daté et signé ;
- Le mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé ;
- Un relevé d'identité bancaire correspondant au mandat de prélèvement SEPA ;
- Le questionnaire médical complété, daté et signé ;
- Le projet personnalisé dûment signé par l'adhérent.

### Formalités médicales à accomplir par l'assuré(e)

CAPITAL ASSURÉ À L'ADHÉSION	ÂGE DE L'ASSURÉ À L'ADHÉSION		
	Moins de 45 ans	De 45 à 54 ans	De 55 à 75 ans
Moins de 100 001 €	QM	QM	QM
De 100 001 € à 250 000 €			QM + RM
De 250 001 € à 300 000 €	DMS + TCU*	QM + PS + TCU*	DMS + TCU* + PSA
De 300 001 € à 1 000 000 €		DMS + TCU* + PSA	
De 1 000 001 € à 1 500 000 €	DMS + TCU* + QFC	DMS + TCU* + PSA + QFC	DMS + TCU* + PSA + QFC
De 1 500 001 € et jusqu'à 10 000 000 € <sup>(1)</sup>	DMS + TCU* + PSA + Échocardiographie avec compte rendu du cardiologue + QFC		
<b>Lors de l'étude, la compagnie se réserve la possibilité de demander des éléments complémentaires</b>			

<sup>(1)</sup>Au-delà de 10 000 000 €, consultez-nous au préalable. Les formalités médicales dépendront du pool de réassureurs qui interviendra sur le dossier.

**QM** : Questionnaire Médical APREP (document fourni et référencé MED/QM04)

**RM** : Rapport Médical APREP (à remplir par un médecin selon le document fourni et référencé MED/RM03)

**PS (Profil Sanguin)** : Numération de Formule Sanguine, Vitesse de Sédimentation, Numération Plaquettaire, HIV 1 et 2, Glycémie, Créatinine, Urée, Acide Urique, Triglycérides, Cholestérol Total et HDL, Transaminases ASAT et ALAT, Gamma GT, Sérologie hépatites B (antigène HBs) et C

**PSA** : Dosage PSA pour les hommes (Antigène Prostatique Spécifique)

**TCU** : Test de Cotinine Urinaire (\*à fournir si non fumeur)

**DMS** (Dossier Médical Standard) : QM, RM, Profil Sanguin, électrocardiogramme interprété avec tracé et rapport du cardiologue

**QFC** : Questionnaire Financier Confidentiel, son annexe et ses pièces complémentaires

L'ensemble des examens médicaux est à retourner sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

**APREP Diffusion**  
**À l'attention du médecin conseil de l'entreprise d'assurance**  
**26, rue de Montholon - 75009 PARIS**

### Remboursement des frais de sélection médicale

Conditions pour le remboursement à l'adhérent des frais médicaux liés à la sélection médicale demandée à l'adhésion :

- L'assureur doit avoir reçu les originaux des documents donnant les résultats de la sélection médicale,
- Les frais remboursés doivent avoir été directement supportés par l'assuré,
- L'adhérent doit fournir les justificatifs nécessaires,
- L'adhésion doit avoir pris effet, ainsi que le paiement de la première prime réalisé,
- L'adhérent ne doit pas avoir exercé son droit à renonciation.

### Frais

Les frais d'échéance sont fixes et égaux à 1,90 € par prélèvement.

### Cotisation d'adhésion à l'association APREP

La cotisation de 15 € pour l'association est prélevée une seule fois avec la première prime.

Merci de veiller à ce que le dossier soit complet

## Bulletin d'adhésion

Contrat collectif d'assurance n° AP02/051 souscrit par l'APREP auprès de LA MONDIALE PARTENAIRE.

### ADHÉRENT / ASSURÉ – PERSONNE PHYSIQUE

Joindre la copie de la pièces d'identité de l'assuré(e) /adhérent(e), carte d'identité (recto verso), passeport ou titre de séjour en cours de validité

*S'il s'agit d'une souscription pour une couverture « Croisé Associés » avec un adhérent différent de l'assuré, utilisez le bulletin d'adhésion spécifique « Option Croisé Associés »*

Déjà adhérent à l'APREP  Oui  Non

Monsieur  Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] À (Commune/CP) : ..... [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nationalité : .....

Adresse : N°/Voie .....

Commune : ..... Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pays : .....

Téléphone personnel : ..... Téléphone professionnel : .....

Adresse e-mail : .....

Fumeur :  oui  non (compléter la déclaration ci-dessous)

Profession : .....  Cadre  Non Cadre  TNS

Employeur : ..... Type de contrat :  CDI  CDD  Autre : .....

### PIÈCE D'IDENTITÉ DE L'ASSURÉ

Carte d'identité (recto-verso)  Passeport  Titre de séjour (recto-verso)

Date et lieu de la délivrance : ..... Numéro de la pièce : .....

Nom de l'autorité ou de la personne qui l'a délivrée ou authentifiée : .....

(Photocopie de la pièce d'identité en cours de validité à joindre au bulletin d'adhésion)

### DÉCLARATION NON-FUMEUR

Toute modification de cette déclaration non-fumeur avant le terme de la garantie doit être signalée à l'assureur et peut entraîner une modification de tarification par avenant. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (Art. L.113-8 du Code des assurances). En cas d'omission, la garantie peut être diminuée (Art. L.113-9 du Code des assurances).

Je soussigné(e) déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé du tout au cours des 24 derniers mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon adhésion à ce contrat.

**Assuré(e) :**

À : ..... le ...../...../.....

Signature :

### CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHÉSION

Date d'effet souhaitée : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Durée du contrat : ..... ans

Capital à assurer : ..... €

**Garanties obligatoires :**

Décès toutes causes et PTIA

**Garanties optionnelles :**

IPT (garantie égale au capital assuré en cas de décès)

Décès accidentel - coefficient :

Le coefficient de la garantie Décès accidentel est compris entre 0 et 500 % (par tranche de 50 %). Il représente la part du capital assuré en cas de décès versée en complément en cas de décès accidentel de l'assuré.

Exonération des cotisations

ITT : montant par jour ..... €

Le montant maximum versé est de 300 euros par jour et ne peut être supérieur à 0,15 % du capital assuré en cas de décès.

**En cas de choix de la garantie ITT**

Exercez-vous une activité de manutention dans votre travail ? :  Oui :  Lourde  Légère

Non

**Périodicité des prélèvements :**

Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

(Joindre le RIB correspondant au mandat de prélèvement SEPA)

Les frais d'échéance sont fixes et égaux à 1,90 euros par prélèvement.

## CLAUDE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ : GARANTIES DÉCÈS TOUTES CAUSES, DÉCÈS ACCIDENTEL

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès suivant(s) :

- Le conjoint de l'assuré non séparé judiciairement, à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut les héritiers de l'assuré.
- Les bénéficiaires suivants (nom, nom de jeune fille, prénom, adresse, date et lieu de naissance, modalités de répartition du capital ; indiquer, s'il y a lieu et si vous le souhaitez, et notamment en cas de désignation d'enfants, la mention « nés ou à naître, vivants ou représentés »)

..... pour [ ] % du capital  
..... pour [ ] % du capital  
..... pour [ ] % du capital  
..... pour [ ] % du capital  
à défaut les héritiers de l'assuré.

- Selon désignation déposée chez Maître .....Notaire à .....  
à défaut les héritiers de l'assuré.
- Autre clause ..... à défaut les héritiers de l'assuré.

## CLAUDE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE VIE DE L'ASSURÉ : GARANTIES PTIA, IPT, ITT ET EXONÉRATION

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) :

- L'adhérent
- Autre clause (uniquement pour les garanties PTIA et IPT) .....

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (RÉSERVÉ AU CONSEILLER)

## SIGNATURE

**Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information présentée avec ce bulletin d'adhésion et je m'engage à conserver un exemplaire de ces deux documents pour la durée de mon adhésion. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information n° AP02/051 Aprep Protection Personnelle ainsi que des statuts de l'association APREP. Je m'engage à faire parvenir au médecin conseil de l'assureur mon dossier d'état de santé entièrement rempli, ceci conformément à ce qui m'est demandé.**

**J'ai enfin bien pris note que, conformément à l'article L.132-5-1 du Code des assurances, je peux renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours à compter du paiement de la première prime. Il me suffit d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception à l'APREP DIFFUSION selon le modèle figurant au paragraphe RENONCIATION de l'article 20 de la notice d'information. L'assureur s'engage à me rembourser, dans un délai de trente jours à compter de la réception de ma lettre, l'intégralité des sommes déjà versées au titre de mon adhésion. Cette renonciation met fin à l'adhésion et aux engagements de l'assureur.**

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

Code + cachet de l'apporteur	SIGNATURE DE L'ASSURÉ (précédée de la mention "lu et approuvé")
------------------------------	--