

Prévoyance pro active APRIL

+ Mon assurance santé TNS + Mon assurance santé essentielle

Demande d'adhésion



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

nouvelle adhésion modification fax transmis le : n° adhérent :

1

Assuré(e) : M. Mme
NOM : PRÉNOM :
Né(e) le : Situation familiale :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. domicile : Tél. portable : Email (1) :

(1) En nous communiquant votre adresse e-mail, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Etant entendu que vous pourrez mettre fin à ce mode de communication à l'occasion de chaque envoi.






2







Garanties Prévoyance Pro Active - L'assuré est obligatoirement l'adhérent.



Date d'effet souhaitée(2) Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession exacte de l'adhérent (3) :

Professions libérales : Métier du droit (C01)  Autre profession libérale (C01) 
 Métier de la santé / paramédicaux (C03)  Métier de la santé / médicaux (C02) 
 Métier de la santé / Infirmiers (C04) 

Artisanat / Commerce : Métier de la beauté et du bien être (C09)  Métier du transport et de l'automobile (C11) 
 Autre métier du commerce (C07)  Autre métier de l'artisanat (C08) 
 Métier de bouche, hôtellerie et restauration (C06)  Métier du bâtiment / gros œuvre (C12) 

Autres : Métier de l'agriculture et de l'aquaculture (C10)  Métier de l'assurance, de l'immobilier et du patrimoine (C05) 

Si C08 ou C12 : Exercez-vous votre activité à plus de 15 m ? Oui Non
Êtes-vous conjoint collaborateur ? Oui Non
Êtes-vous créateur/repreneur depuis moins d'un an ? Oui Non
Réduction Créateur/Repreneur Oui Non Si oui, merci de joindre les justificatifs de votre statut de créateur / repreneur (extrait de KBis, inscription URSSAF ou tout autre document). Les montants de garanties sont plafonnés si la réduction est choisie.

Dernier revenu annuel déclaré à l'administration fiscale (hors dividendes) :€(4)

Attention : Le montant des garanties doit être déterminé en fonction de votre dernier revenu net imposable (hors dividendes) tiré de votre activité professionnelle déclarée, et ne doit pas avoir pour effet de vous procurer un revenu de remplacement supérieur.

(2) Contrat renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année.
(3) Attention, certaines professions sont exclues. Pour en connaître la liste, merci de vous reporter au descriptif de vos garanties.
(4) Ou revenus prévisionnels (pour les créateurs) ou ceux votés par l'Assemblée Générale ou les associés (pour les repreneurs)

PRATIQUEZ-VOUS L'UN DES SPORTS SUIVANTS ?

- Tout sport équestre dès lors que la pratique se déroule dans le cadre d'une compétition, match, entraînement, paris : oui non, Si oui, lesquels :

- Tout sport nécessitant l'usage d'un véhicule à moteur dès lors que la pratique se déroule dans le cadre d'une compétition, entraînement, essais, paris : oui non, Si oui, lesquels :

- Tout sport aérien (à voile, aile ou à moteur) : oui non, Si oui, lesquels :

- Sport de plongée avec équipement autonome : oui non, Si oui, lesquels :

- Tout sport alpin (y compris l'escalade au-delà du niveau 5, le rafting, le canyoning et la spéléologie) : oui non, Si oui, lesquels :

Souhaitez-vous être couvert ? oui non **Si oui, merci de remplir le questionnaire sportif correspondant.**

A noter : les baptêmes aérien ou de plongée, encadrés par un moniteur diplômé d'état, n'ont pas à faire l'objet d'une déclaration et sont pris en charge.

VOUS DEPLACEZ-VOUS ET/OU SEJOURNEZ-VOUS A L'ETRANGER À TITRE PROFESSIONNEL ? oui non

Si vous êtes amené à effectuer des déplacements et/ou des séjours à l'étranger à titre professionnel, souhaitez-vous être couvert dans ce cadre ? Oui Non

Si oui : - Durée du séjour : Fréquence :
- Pays de destination :

Attention, un questionnaire "séjour professionnel" est à remplir, sauf pour les déplacements professionnels au sein de l'Union Européenne, aux Etats-Unis, au Canada, au Japon, en Australie, en Suisse ou en Nouvelle-Zélande, où les déplacements sont couverts.

Garantie Viagère Immédiate

Pour bénéficier de cette garantie, vous devez avoir bénéficié d'un contrat de prévoyance de garantie de même nature résilié depuis moins de 3 mois à partir de la date de votre adhésion. oui

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps, par un jugement définitif, à défaut mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité en vigueur au jour du décès, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, par parts égales, à défaut mes ascendants, par parts égales, à défaut mes héritiers, par parts égales. (00010)

Autres (préciser nom, prénom, date de naissance, adresse) :
....., à défaut mes héritiers par parts égales entre-eux.

Attention : Toutes les garanties doivent avoir un niveau inférieur ou égal à celui souscrit en Décès / Invalidité Absolue et Définitive.

Référence produit : 30/10 40/10 15

	Garantie(s)	Montant(s) souscrit(s)			Deductibilité Madelin
		Artisan / Commerçant	Profession libérale	Créateur / Repreneur ⁽⁵⁾ et conjoint collaborateur	
Incapacité	<input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) jusqu'au 90 ^e jour d'arrêt de travail	Minimum: 10€/ jour par tranche de 10€ jusqu'à 90€; puis par tranche de 15€			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Maximum : 150 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 300 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 80 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	
		IJ : €/jour	IJ : €/jour	IJ : €/jour	
	Franchise (maladie, hospitalisation, accident) <input type="checkbox"/> 7/3/3 ⁽⁶⁾ (professions de santé uniquement) <input type="checkbox"/> 15/3/3 <input type="checkbox"/> 30/3/3 <input type="checkbox"/> 60/60/60 (avocats uniquement) <input type="checkbox"/> 30/30/30				
	<input type="checkbox"/> ITT du 91 ^e jusqu'au 365 ^e jour d'arrêt de travail	Minimum: 10€/ jour par tranche de 10€ jusqu'à 90€; puis par tranche de 15€			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Maximum : 150 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 300 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 80 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	
		IJ : €/jour	IJ : €/jour	IJ : €/jour	
	<input type="checkbox"/> ITT du 366 ^e jusqu'au 1 095 ^e jour d'arrêt de travail	Minimum: 10€/ jour par tranche de 10€ jusqu'à 90€; puis par tranche de 15€			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Maximum : 150 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 300 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 80 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	
		IJ : €/jour	IJ : €/jour	IJ : €/jour	
Invalidité	<input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Partielle/Invalidité Permanente Totale (IPT/IPP)	Minimum: 300€/ mois par tranche de 300€ jusqu'à 2700€ puis par tranche de 450€/ mois			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Dès 15% (réservé aux professions de santé)	Maximum : 4 500 €/mois Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 9 000 €/mois Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 2400€/ mois Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	
		..... €/mois	..... €/mois	..... €/mois
	<input type="checkbox"/> Capital reconversion	Minimum 10 000€ par tranche de 10 000€ jusqu'à 90 000€, puis par tranche de 15 000€			
		Maximum : 150 000 € Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum: 80 000 € Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/> €/mois	
		..... €	..... €	..... €/mois
	<input type="checkbox"/> Option Exonération des Cotisations ITT/FORFAIT PRO/IPT en cas de sinistre				
Décès	<input type="checkbox"/> Décès / Invalidité Absolue et Définitive ⁽⁷⁾ Cette garantie est obligatoire	Minimum : 1 000 x l'IJ maximum souscrite (ITT/IPT) ou 10 000 € si pas d'IJ souscrite			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Maximum : 450 000 € Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 750 000 € Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 80 000 € Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	
	 € € €	
	<input type="checkbox"/> Décès / Invalidité Absolue et définitive -Doublement accident ⁽⁷⁾	Minimum : 100 €/mois par tranche de 100 €			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Rente éducation Nombre d'enfant(s) : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 1 000 €/mois Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 1 500 €/mois Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 800 €/mois Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Nom/Prénom : Date de naissance : Nom/Prénom : Date de naissance : Nom/Prénom : Date de naissance : .....	..... €/mois	..... €/mois	..... €/mois
Forfait Pro	Indemnisation jusqu'au 365 ^e jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail	Minimum : 10€ / jour par tranche de 10€ jusqu'à 90€ puis par tranche de 15€			
		Maximum : 150 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 300 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	Maximum : 80 €/jour Niveau : <input type="text"/> <input type="text"/>	
		..... €/jour	..... €/jour	..... €/jour
	Franchise (maladie, hospitalisation, accident)	<input type="checkbox"/> 15/3/3 <input type="checkbox"/> 30/3/3 <input type="checkbox"/> 30/30/30			

(5) Les montants de garantie sont plafonnés si la réduction créateur / repreneur est choisie.

(6) Hors départements 06, 09, 12, 13, 30, 31, 32, 34, 46, 65, 81, 82, 83.

(7) Si déductibilité Madelin le capital garanti sera versé sous forme de rente.

Garantie Mon assurance santé TNS - Peut être souscrite seule

TNS 0250

Pour adhérer à Mon assurance santé TNS, l'adhérent doit exercer une activité professionnelle non salariée

Date d'effet souhaitée⁽⁸⁾ Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance

N° de Sécurité sociale adhérent : N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

N° de Sécurité sociale conjoint : N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

• Référence produit : 7 10 15 30/10

• Niveau de garantie choisi : 1 2 3 4 5

• Option Eco : oui non

• DÉDUCTIBILITÉ MADELIN⁽⁹⁾ : oui non

Personnes à garantir	Nom(s)	Prénom(s)	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire				N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants
					Sécurité sociale	TNS	Agric.	Alsace Moselle	
Adhérent(e)			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conjoint(e)			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1 ^{er} enfant			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
2 ^e enfant			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
3 ^e enfant			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
4 ^e enfant			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère

Garantie Mon assurance santé essentielle - Peut être souscrite seule

ESL 0150

Pour adhérer à Mon assurance santé essentielle sur cette demande d'adhésion, l'adhérent doit exercer une activité professionnelle non salariée

Date d'effet souhaitée⁽⁸⁾ Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance

N° de Sécurité sociale adhérent : N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

N° de Sécurité sociale conjoint : N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

• Référence produit : 10

• Niveau de garantie choisi : 1 2 3 4 5 6

• DÉDUCTIBILITÉ MADELIN⁽⁹⁾ : oui non

Personnes à garantir	Nom(s)	Prénom(s)	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire				N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants
					Sécurité sociale	TNS	Agric.	Alsace Moselle	
Adhérent(e)			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conjoint(e)			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1 ^{er} enfant			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
2 ^e enfant			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
3 ^e enfant			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
4 ^e enfant			<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère

(9) La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent si vous exercez une activité non salariée non agricole, conformément au dispositif fiscal Loi Madelin (loi n° 94-0126 du 11/02/1994 et ses décrets d'application, et article 154 bis et article 62 du Code général des impôts). Vous pouvez également bénéficier de la déductibilité Madelin pour vos ayants-droit si ces derniers sont rattachés à votre Régime Obligatoire. Si vous exercez une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et vous souhaitez bénéficier de la loi Madelin, cochez « Oui » et indiquez le Régime Obligatoire général.

4 Cotisations

Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement

Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	Impossible
Mensuelle	<input type="checkbox"/>	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 .

(10) Le couplage doit être réalisé dans un délai maximum de 12 mois entre les dates de réception de chaque contrat. En cas de date d'effet différente entre les 2 contrats, les réductions s'appliqueront à compter de la prise d'effet du 2^eme contrat

(11) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés d'APRIL.

(12) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

	Garantie(s)	Cotisations	
Cotisations Mensuelles TTC	Prévoyance Pro Active APRIL		
	<input type="checkbox"/> Décès / Invalidité Absolue et Définitive		
	<input type="checkbox"/> Décès / Invalidité Absolue et Définitive accidentel(s)		
	<input type="checkbox"/> Rente éducation X nombre d'enfants		
	<input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)		
	<input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT) ou (IPP)		
	<input type="checkbox"/> Rente d'invalidité dès 15%		
	<input type="checkbox"/> Capital reconversion		
	<input type="checkbox"/> Forfait Pro		
	<input type="checkbox"/> Réduction créateur/repreneur (-30% la 1 ^{ère} année / -20% la 2 ^{ème} année / -10% la 3 ^{ème} année)		
	Total	 €
	Mon assurance santé TNS	 €
Mon assurance santé essentielle	 €	
Remise couplage⁽¹⁰⁾			
<input type="checkbox"/> -10% sur la cotisation Santé TNS			
<input type="checkbox"/> -10% sur la cotisation Prévoyance Pro Active			
	Cotisation à l'Association des Assurés d'APRIL Cotisation mensuelle TTC totale : Frais de dossier ⁽¹²⁾	+0,80 €/mois ⁽¹¹⁾ € +20 €	

«En fonction des garanties souscrites, je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'aux conventions Prévoyance Pro Active APRIL Madelin QUA27862 et Prévoyance Pro Active APRIL Non Madelin QUA 27863 et/ou Mon assurance santé TNS QUA27407 ou Mon assurance santé essentielle QUA27230 souscrites par elle auprès de QUATREM. A ce titre je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL (associationdesassuresapril.fr).

Pour chacune des garanties souscrites, je déclare avoir reçu et pris connaissance des Notices valant conditions générales référencées PPA 14-09/14 (Prévoyance Pro Active APRIL), STNS 13-06/13 (Mon assurance santé TNS) ou ESL12-03/13 (Mon assurance santé essentielle), PJBR 12-09/12 (Pack Bonne route), APAA 12-09/12 (Assistance Pro Active), en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

J'atteste notamment être informé(e) que je peux renoncer à mes contrats par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans le délai prévu par les Notices valant conditions générales et que mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans les Notices.

Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que les Notices valant conditions générales sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencées ci-dessus.

En tant que travailleur indépendant, en optant pour le dispositif fiscal «Loi Madelin», j'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.

Je suis informé(e) que les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de ma demande d'assurance.

Ces données font l'objet de traitements informatiques par APRIL pour les besoins de l'étude, la proposition, la souscription et la gestion de vos contrats d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires.

Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres d'APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux. A ces fins, des données sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données.

Pour mesurer et améliorer notre qualité de service, vos échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec notre société sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels des données vous concernant ne peuvent être communiquées qu'à APRIL et à nos prestataires.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, notre société met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gels des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL (à l'adresse sus-mentionnée).

Ma caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Santé Prévoyance.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances. »

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Fait à _____ le _____

5

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

X

Signature de l'assuré qui sera également l'adhérent au titre des garanties prévoyance et santé

X

Référence
Unique de
Mandat :
(Ne pas compléter)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR 8 5 ASP 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom* : _____

Votre prénom* : _____

Adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____

Pays* : _____

Les coordonnées de votre compte* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

FR _____

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement* : Paiement récurrent
 Paiement ponctuel

Signé à* : _____

Date* : ____ / ____ / ____

Signature(s)* : _____

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.



APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03



J'ADHÈRE

- A - Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, profession...) ¹
- B - Choisissez les garanties qui vous intéressent : Prévoyance Pro Active ², Forfait Pro, Mon assurance santé TNS ou Mon assurance santé essentielle ³
- C - Choisissez votre mode et périodicité de paiement ⁴
- D - Datez et signez votre demande d'adhésion ⁵
- E - Joignez les documents demandés
- F - Conservez vos notices valant conditions générales

JE JOINS À MON ENVOI

- Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée
- Mon relevé d'identité bancaire
- Si vous avez répondu positivement à l'une des questions 2,3,5 ou 6 du questionnaire de santé, merci de joindre la copie de votre dernier bilan de surveillance (bilan biologique, compte rendu de radiographie, IRM, scanner, échographie, coloscopie, etc...), les copies des comptes-rendus : opératoire, histologique, d'hospitalisation, de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).
- Le formulaire de mandat SEPA

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Client
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance. Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, vous recevez votre dossier d'assuré comprenant :

- le guide pratique de l'assuré (informations pratiques)
- votre carte avec votre numéro d'assuré
- votre certificat d'adhésion
- votre avis d'échéance
- un résumé de vos garanties

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr).

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.
Contrats conçus et gérés par APRIL Santé Prévoyance et assurés par QUATREM (Prévoyance Pro Active APRIL et Mon assurance santé TNS ou Mon assurance santé essentielle), entreprise régie par le code des assurances. S.A. au capital social de 380 426 249 € dont le siège social est situé 59/61, rue La Fayette - 75009 Paris - RCS Paris 412 367 724, SOLUCIA Protection juridique (Pack bonne route) et AXERIA Assistance Limited (Assistance Pro Active).



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

Questionnaire de santé

PRÉVOYANCE PRO ACTIVE APRIL



PRA 0210
PRA 0220

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 sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. 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 Santé Prévoyance, Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03.

TOUTES LES QUESTIONS SONT À COMPLÉTER PAR OUI OU PAR NON ET À PRÉCISER EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE.

n° adhérent :

ASSURÉ(E) NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

1 Taille :cm Poids :kg

2 Actuellement :

a) Etes-vous en arrêt de travail total ou partiel (**hors congés légaux pour maternité**) ? Oui Non
Motif :
Date de début :

b) Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale ? Oui Non
Motif :
Date de début : Date de fin :
Localisation ou nom de la maladie :
% d'incapacité permanente ou invalidité : %

c) Suivez-vous un traitement médicamenteux, et/ou avez-vous une prise en charge thérapeutique (exemples : kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) **sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites** ? Oui Non
Si oui, précisez⁽¹⁾ :
Nom de la maladie(s) :
Nature du traitement suivi :
Date de début de traitement :
Date de fin :
(1) Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre maladie

3 Au cours des 5 dernières années :

a) Avez-vous suivi pendant plus de 3 semaines un traitement médicamenteux, et/ou avez-vous eu une prise en charge thérapeutique (exemples : kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) **sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites** ? Oui Non
Si oui, précisez⁽¹⁾ :
Nom de la maladie(s) :
Nature du traitement suivi :
Date de début de traitement :
Date de fin :
(1) Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre maladie

b) Avez-vous fait des séjours (y compris les séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (**sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dent de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes**) ? Oui Non
Si oui, précisez⁽²⁾ :
Date :
Raison :
Durée du séjour :
Résultats :
(2) Merci de fournir la copie du CR opératoire et histologique

c) Avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie), **hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse** ? Oui Non
Si oui, précisez⁽³⁾ :
Date :
Raison :
Résultats :
(3) Merci de fournir la copie des résultats de ces examens

4 Au cours des 10 dernières années :

a) Avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives (**hors congés légaux pour maternité**) ? Oui Non
Motif :
Date de début : Date de fin :

b) Avez-vous été atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale ? Oui Non
Motif :
Date de début : Date de fin :
Localisation ou nom de la maladie :
% d'incapacité permanente ou invalidité : %

5

a) Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ? Oui Non
Date :
La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou)⁽⁴⁾ :
(4) Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident

b) Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale, héréditaire ? Oui Non
Non de la maladie :
Nature du traitement :
Date de début :

Actuellement souffrez-vous ou au cours des 10 dernières années avez-vous souffert d'une (des) maladie(s):		
a	respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
b'	cardio-vasculaire : D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
c''	ophtalmologique / ORL : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
d	dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
e	articulaire : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une ménisectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'un syndrome douloureux chronique, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
f	digestif : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-oesophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
g	neuro-musculaire : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle osseuse, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
h	cancer : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
i	endocrino-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
j	urino-rénal : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
k	génital : D'endométriose, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
l	nerveux : De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de fatigue, de névrose, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
m	autres Maladies : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Si vous avez répondu au moins une fois positivement dans le cadre de la question 6, veuillez indiquer son numéro et apporter les précisions complémentaires :

Numéro de la question concernée :	Numéro de la question concernée :	Numéro de la question concernée :	Numéro de la question concernée :
Nom de la maladie(s) :	Nom de la maladie(s) :	Nom de la maladie(s) :	Nom de la maladie(s) :
Nature du traitement :	Nature du traitement :	Nature du traitement :	Nature du traitement :
Date de début :	Date de début :	Date de début :	Date de début :
Date de fin :	Date de fin :	Date de fin :	Date de fin :

6b Votre tension artérielle actuelle :(Systolique/Diastolique)

6c Pour les yeux, indiquez la correction⁽⁵⁾ : Droite : Gauche : **(5) merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.**

Si vous avez répondu au moins une fois positivement à l'ensemble des questions ci-dessus, merci de joindre la copie de votre dernier bilan de surveillance (bilan biologique, compte-rendu de radiographie, IRM, scanner, échographie, coloscopie, etc...), les copies des comptes-rendus : opératoire, histologique, d'hospitalisation, de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

7	Dans les 6 prochains mois, avez-vous prévus des séjours en milieu hospitalier ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez : Date : Nature de l'hospitalisation :
8	Êtes-vous en cours de diagnostic et/ou de bilan médical pour des symptômes ou une maladie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez la nature de(s) examen(s) :
9	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'immunodéficiency humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date de l'examen : Vous devez répondre « oui » à cette question seulement si l'un des tests est positif

EN COMPLÉMENT POUR LES PLUS DE 60 ANS AU 31 DÉCEMBRE DE L'ANNÉE D'ADHÉSION

10	Avez-vous bénéficié du remboursement à 100% de vos dépenses de santé au titre d'une affection de longue durée (ALD) par votre régime d'assurance maladie et/ou ne pas en avoir fait la demande.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Avez-vous besoin d'une aide humaine (y compris d'un membre de votre famille) ou matérielle (canne, fauteuil roulant, déambulateur, monte-escalier...), pour : - accomplir l'un ou plusieurs actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, s'alimenter, se coucher, se laver, se déplacer à l'intérieur de la maison) - faire des courses à l'extérieur de la maison.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Avez-vous eu au cours des 5 dernières années une prescription médicamenteuse continue sur une durée supérieure à 4 semaines de traitements différents ou plus (listés sur votre ordonnance)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

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

Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime, exclusion médicale,...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessous et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Fait   : Date



Ce questionnaire médical est valable 4 mois à compter de sa signature. Si vous étiez d j   assuré, cette validité peut être portée à 6 mois.

S.A. au capital de 500 000 à - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n  07 002 609 (www.oriass.fr).

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution- 61 rue Taibout - 75009 Paris.

Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par QUATREM, entreprise régie par le code des assurances. S.A. au capital social de 380 426 249 à dont le siège social est situé 59/61, rue La Fayette - BP 46009 75423 Paris Cedex 09 - RCS Paris 412 367 724.

Déclaration d'état de santé

PRÉVOYANCE PRO ACTIVE APRIL



PRA 02 10
PRA 02 20

ASSURÉ(E) NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : □□□□□□□□

Réservée aux assurés jusqu'à l'âge de 54 ans* ayant souscrit des capitaux décès inférieurs ou égaux à 300 000 €.

Si vous ne répondez pas aux conditions ci-dessus ou si vous ne pouvez pas signer cette déclaration, nous vous remercions de renseigner le questionnaire de santé joint.

Consultez attentivement ces déclarations car elles vous engagent. Cette déclaration d'état de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Les déclarations que vous effectuez sont couvertes par le secret professionnel.

Afin de préserver leur confidentialité, transmettez cette déclaration sous pli cacheté au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. 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 Santé Prévoyance – Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03.

Je déclare :

- Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou celui de l'immunodéficience humaine dont le résultat a été positif.
- Que la différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est supérieure à 80 (exemple : 180 cm - 80kg = 100).
- Ne pas être sous surveillance médicale et/ou ne pas être en cours de bilan médical en vue d'un diagnostic.

Actuellement et/ou au cours des 5 dernières années, je déclare :

- Ne pas souffrir ou avoir souffert d'une (des) affection(s) suivante(s) : cardio-vasculaire, tumorale, congénitale, héréditaire, ostéo-articulaire ; touchant la colonne vertébrale, neurologique et/ou psychiatrique (y compris la dépression).
- Ne pas être ou avoir été en arrêt de travail de plus de 3 semaines consécutives.
- Ne pas avoir ou avoir eu une prescription par ordonnance d'un traitement sur plus de 3 semaines consécutives (exemple : médicament, kinésithérapie, psychothérapie, infiltration).
- Ne pas avoir eu et/ou ne pas devoir subir dans les 6 prochains mois une intervention et/ou un geste médico-chirurgical.

En cochant cette case, je certifie que la déclaration d'état de santé ci-dessus correspond à ma situation et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance.

Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

* L'assuré doit être âgé de 54 ans au plus tard au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties

Fait à le

Signature de l'Assuré

Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature