



Demande d'adhésion 2009

Serenassur

[des solutions] pour les **seniors**



*L'assurance d'une autonomie
financière préservée*



Demande d'adhésion 2009

SER0311

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

fax transmis le : n° assuré 1 :

nouvelle adhésion avenant* n° de l'assureur-conseil : 08691 n° assuré 2 :

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

Référence 40 08 20 10

Adhérent(e) (à remplir obligatoirement)

Nom : Adresse :

Prénom : Code Postal : Ville :

Assuré 1 M. Mme Mlle

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Situation de famille : Secteur d'activité :

Profession exacte :

Adresse E-mail⁽¹⁾ :

Régime obligatoire : Salarié TNS Exploitant agricole Autre :

Si l'option "Capital Obsèques" est souscrite, en cas de décès de l'Assuré au cours de son adhésion, le capital garanti sera versé à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non dissout, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses ayants-droit. (008)

Assuré 2 M. Mme Mlle

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Situation de famille : Secteur d'activité :

Profession exacte :

Adresse E-mail⁽¹⁾ :

Régime obligatoire : Salarié TNS Exploitant agricole Autre :

Si l'option "Capital Obsèques" est souscrite, en cas de décès de l'Assuré au cours de son adhésion, le capital garanti sera versé à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) non dissout, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses ayants-droit. (008)

Informations communes

Adresse :

..... Code Postal Ville :

Téléphone : à remplir obligatoirement Portable :

(1) J'accepte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

Les garanties souscrites

Assuré 1 M. Mme Mlle Nom : Prénom :

Garantie de base		Montant de la cotisation mensuelle
Montant de la rente totale		
<input type="checkbox"/> Dépendance totale (DT + AC)	<input type="checkbox"/> 150 € <input type="checkbox"/> 300 € <input type="checkbox"/> 450 € <input type="checkbox"/> 600 € <input type="checkbox"/> 750 € <input type="checkbox"/> 900 € <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non à la déductibilité Madelin ⁽¹⁾ si TNS €
<input type="checkbox"/> Dépendance totale ou partielle (DP + AC)	 €
<input type="checkbox"/> Réduction conjoint – 10 % (à appliquer en cas d'adhésion couple)		- €
Options	Montant garanti	Montant de la cotisation mensuelle
<input type="checkbox"/> Soutien Hospitalisation (SH)	450 euros/an	+ €
<input type="checkbox"/> Capital Obsèques (KO)	3 500 euros	+ €
TOTAL 1		= €

Assuré 2 M. Mme Mlle Nom : Prénom :

Garantie de base		Montant de la cotisation mensuelle
Montant de la rente totale		
<input type="checkbox"/> Dépendance totale (DT + AC)	<input type="checkbox"/> 150 € <input type="checkbox"/> 300 € <input type="checkbox"/> 450 € <input type="checkbox"/> 600 € <input type="checkbox"/> 750 € <input type="checkbox"/> 900 € <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non à la déductibilité Madelin ⁽¹⁾ si TNS €
<input type="checkbox"/> Dépendance totale ou partielle (DP + AC)	 €
<input type="checkbox"/> Réduction conjoint – 10 % (à appliquer en cas d'adhésion couple)		- €
Options	Montant garanti	Montant de la cotisation mensuelle
<input type="checkbox"/> Soutien Hospitalisation (SH)	450 euros/an	+ €
<input type="checkbox"/> Capital Obsèques (KO)	3 500 euros	+ €
TOTAL 2		= €

Je choisis mon mode de paiement (2)			TOTAL COTISATION MENSUELLE DE BASE (TOTAL 1 + TOTAL 2)	
Périodicité	Prélèvement automatique (5)	Chèque		= €
Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an		
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	<input type="checkbox"/> 2,50 €/sem	Frais d'échéance	+ 2,50 €
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/trim	impossible		
Mensuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/mois (4)	impossible	Droit d'adhésion (3)	+ 20,00 €
			TOTAL	= €

(1) La déductibilité Madelin est possible si, en tant qu'adhérent vous exercez une activité non salariée, non agricole conformément au dispositif fiscal "Madelin" (loi N° 94-0126 du 11/02/94 et ses décrets d'application).

(2) Mettre une croix pour l'option choisie.

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

(4) Minimum pour le paiement mensuel : 16 €.

(5) Joindre mon RIB ou mon RIP.

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 .

La date d'effet souhaitée (Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances).

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE MUNDIAL pour moi-même. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées SER 09-05/09 et SERA 08-09/08, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en acceptant les dispositions et en avoir 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.

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 reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03. 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 2 mois. Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux 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.

Fait à
le

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil
EUROPEA
6 rue Jean Croix Treyeran
33200 BORDEAUX
Tél : 05 56 02 94 29
Email : info@europea-assurances.com

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

La signature de l'Assuré 1 précédée
de la mention "lu et approuvé"

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

n° adhérent :



Questionnaire de santé

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

CE QUESTIONNAIRE EST A REMPLIR DANS TOUS LES CAS.

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.

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

- précisez à chaque fois : l'affection ou le motif de l'intervention chirurgicale, les dates et tout autre renseignement demandé sur le questionnaire.
- Le proposant devra faire remplir un questionnaire dépendance par son médecin traitant.

Assuré(e) 1 Nom : Prénom : Taille : cm Poids : kg

1	Bénéficiez-vous du remboursement à 100% de vos dépenses de santé au titre d'une affection de longue durée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Etes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité supérieure ou égale à 10%, ou une demande de pension est-elle en cours ? Si oui, indiquez la maladie en cause :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2	Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années, ou devez-vous suivre un traitement médical d'une durée supérieure à 3 semaines (médicaments, kinésithérapie, suivi médical, suivi psychiatrique,...) pour une affection autre qu'une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, indiquez le(s) motif(s) : et le(s) traitement(s) suivi(s) :	
3	Avez-vous séjourné au cours des 5 dernières années, ou prévoyez-vous de séjourner pendant 5 jours consécutifs ou plus dans un établissement hospitalier, pour un autre motif qu'une ablation de la vésicule biliaire, une cure de hernie inguinale, une appendicectomie, une hémorroïdectomie ou une varicectomie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, indiquez le motif et à quelle date ? : Merci de joindre la copie du compte-rendu d'hospitalisation et de consultation spécialisée.	
4	Devez-vous effectuer dans les 6 prochains mois une consultation spécialisée, une intervention chirurgicale, un geste médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie,...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, précisez pour quelle raison et à quelle date :	

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.

- J'ai répondu oui à l'une des questions et je m'engage à faire compléter par mon médecin traitant le questionnaire dépendance qui m'a été remis par mon assureur-conseil.
- Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (exclusion médicale, surprime,...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Date

La signature de l'assuré 1



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

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.

A compléter obligatoirement

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Date :
Signature :

Le débiteur

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

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"/>
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)



Serenassur

Saviez-vous que plus d'un million d'accidents de la vie courante, chaque année, font l'objet d'une hospitalisation ?

Découvrez Garantie Hospitalisation : l'assurance de percevoir des indemnités journalières en plus des versements perçus (de la sécurité sociale, complémentaire santé...) pour couvrir les nombreux frais annexes (location télévision, supplément chambre individuelle...) et ce à un prix très attractif : seulement 7€/mois pour un couple !



Garantie
Hospitalisation

n° adhérent :



Questionnaire de santé

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

CE QUESTIONNAIRE EST A REMPLIR DANS TOUS LES CAS.

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse par OUI ou NON.

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

- précisez à chaque fois : l'affection ou le motif de l'intervention chirurgicale, les dates et tout autre renseignement demandé sur le questionnaire.
- Le proposant devra faire remplir un questionnaire dépendance par son médecin traitant.

Assuré(e) 2 Nom : Prénom : Taille : cm Poids : kg

1	Bénéficiez-vous du remboursement à 100% de vos dépenses de santé au titre d'une affection de longue durée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Etes-vous ou avez-vous été titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité supérieure ou égale à 10%, ou une demande de pension est-elle en cours ? Si oui, indiquez la maladie en cause :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2	Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années, ou devez-vous suivre un traitement médical d'une durée supérieure à 3 semaines (médicaments, kinésithérapie, suivi médical, suivi psychiatrique,...) pour une affection autre qu'une hypercholestérolémie, une maladie de la thyroïde ou la ménopause ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, indiquez le(s) motif(s) : et le(s) traitement(s) suivi(s) :	
3	Avez-vous séjourné au cours des 5 dernières années, ou prévoyez-vous de séjourner pendant 5 jours consécutifs ou plus dans un établissement hospitalier, pour un autre motif qu'une ablation de la vésicule biliaire, une cure de hernie inguinale, une appendicectomie, une hémorroïdectomie ou une varicectomie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, indiquez le motif et à quelle date ? : Merci de joindre la copie du compte-rendu d'hospitalisation et de consultation spécialisée.	
4	Devez-vous effectuer dans les 6 prochains mois une consultation spécialisée, une intervention chirurgicale, un geste médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie,...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, précisez pour quelle raison et à quelle date :	

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.

- J'ai répondu oui à l'une des questions et je m'engage à faire compléter par mon médecin traitant le questionnaire dépendance qui m'a été remis par mon assureur-conseil.
- Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (exclusion médicale, surprime,...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Date

La signature de l'assuré 2



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

Je joins à mon envoi

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,**
- 2 Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée,**
- 3 Mon relevé d'identité bancaire ou postal,**
- 4 Les justificatifs médicaux et le questionnaire dépendance rempli par mon médecin traitant, si le questionnaire contient des réponses positives.**

**J'envoie l'ensemble des documents à APRIL Assurances - Direction Prévoyance
Immeuble Aprilium - 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 Assurances. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve de l'acceptation de votre dossier par APRIL Assurances et du versement de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :

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

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet 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 des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE MUNDIAL.