



Demande d'adhésion

Réservé à APRIL Assurances
PRE 3101

PRS 2 06-12/06

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° de l'assureur-conseil N° adhérent

Fax transmis le

Etes-vous déjà assuré chez APRIL Assurances ? oui non

CAPVIE Affilié April
9 Bis Avenue du Général Leclerc
93250 VILLEMOMBLE
Tél. 0826 620 020 (0.15eur/m)
Fax. 01 48 55 88 11
RCS 483069449 - ORIAS 07005194

Adhérent (si différent de l'Assuré 1)

Raison sociale/Nom :
Adresse : Code Postal : Ville :

Assuré 1 M. Mme Mlle

Nom : Prénom : Date de Naissance

Etes-vous cadre ou bénéficiez-vous d'un régime de retraite AGIRC ? Oui Non Profession :

Adresse actuelle : Code Postal : Ville :

Téléphone domicile Portable Email :

Date approximative de déménagement :

Adresse future : Code Postal : Ville :

Assuré 2 M. Mme Mlle (les courriers pour cette adhésion seront uniquement envoyés à l'Assuré 1)

Nom : Prénom : Date de Naissance

Etes-vous cadre ou bénéficiez-vous d'un régime de retraite AGIRC ? Oui Non Profession :

Caractéristiques du (des) prêt(s) :

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Date de déblocage des fonds	Taux d'intérêt
1 €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/> mois dont <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/>% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
2 €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/> mois dont <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/>% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
3 €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/> mois dont <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/>% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable

Important

Pour les prêts de type "autre" (en particulier : prêt à débloques successifs, à paliers, à intérêts capitalisés, à mensualités non constantes, modulable, Europlan, crédit bail...), merci de fournir une copie du tableau d'amortissement, ou à défaut une copie de l'offre de prêt.

Paiement par prélèvement automatique Périodicité : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Frais d'échéance : 2,29 € par échéance Droit d'adhésion : 20 € (ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances)

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 : Ville :
Date :

Signature :

Codes Le compte à débiter

Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos)



Prêteur : Adresse :

Code Postal : [][][][] Ville : Tél portable : [][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][]

Email :

Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez :

Adresse :

Code Postal : [][][][] Ville : Tél portable : [][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][]

Email :

Si le bénéficiaire n'est pas le prêteur, nous adresser l'accord écrit de la banque et préciser la clause bénéficiaire (exemple mis à disposition sur Intrapril) :

Caractéristique(s) de l'Assurance : **Date de début de l'assurance (date de signature de l'offre de prêt) :** [][][][][]

(Si non connue, la fixer une quinzaine de jours avant la date présumée de l'offre de prêt).

Assuré 1			Assuré 2		
	Taux de couverture DC/PTIA (DC)	Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (1)		Taux de couverture DC/PTIA (DC)	Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (1)
Emprunt 1%€ TTC	Emprunt 1%€ TTC
Emprunt 2%€ TTC	Emprunt 2%€ TTC
Emprunt 3%€ TTC	Emprunt 3%€ TTC

Attestation Non Fumeur Assuré 1 (NF)
 Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 10 ans à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical. Je m'engage à informer l'assureur si je recommence à fumer même occasionnellement, pendant la durée du contrat.

L'assureur se réserve le droit de pratiquer pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il jugera nécessaire.

Date : [][][][][]

La signature de l'Assuré 1



Attestation Non Fumeur Assuré 2 (NF)
 Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 10 ans à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical. Je m'engage à informer l'assureur si je recommence à fumer même occasionnellement, pendant la durée du contrat.

L'assureur se réserve le droit de pratiquer pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il jugera nécessaire.

Date : [][][][][]

La signature de l'Assuré 2



(1) Indiqué sur votre étude personnalisée.

Je fais d'autres emprunts : je remplis la fiche "Prêts supplémentaires".

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA Prévoyance pour les garanties Assurance de prêt.

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 PRS 2 06-12/06, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que des 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 sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et 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. 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, 69003 Lyon.

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 2 mois.

Je soussigné(e) 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 Assurances.

Fait à : [][][][][] Date : [][][][][]

La signature de l'Adhérent (si différent de l'Assuré 1), 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"



Questionnaire de santé

N° adhérent

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. 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 27 rue Maurice Flandin BP 3261 69403 Lyon Cedex 03.

Assuré 1	Nom :	Prénom :
	Poids : en kg	Taille : en cm
1	Avez-vous été hospitalisé dans les 10 dernières années pendant plus de 10 jours ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date début <input type="text"/> Nature ? Séquelles ?
2	Etes-vous pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Motif ?
3	Suivez-vous un traitement pour hypertension artérielle ? diabète ? troubles circulatoires ? cholestérol ? affection hormonale ? affections neuropsychiques ? affection gastrique ? affection génitale ? goutte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lequel ? Traitement ?
4	Etes-vous atteint d'une maladie cardiaque, et/ou vasculaire ? d'une maladie respiratoire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nature ? Date <input type="text"/> Traitement ? Fréquence ?
5	Etes-vous atteint d'une malformation congénitale ou d'une infirmité ? de troubles de la vision ou auditif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nature ? Séquelles ? Pour les troubles de vision, précisez l'acuité visuelle après correction : OD OG
6	Etes-vous atteint d'une affection rénale ou hépatique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nature ? Date <input type="text"/> Traitement ? Fréquence ?
7	Avez-vous des maladies rhumatismales ou des os, des affections discovertébrales, de l'arthrose, des problèmes de hanche ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Siège des lésions ? Traitement ?
8	Avez-vous eu d'autres maladies ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lesquelles ? Date <input type="text"/>
9	Pratiquez-vous un sport ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lequel ? Souhaitez-vous être garanti pour ce risque <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 entrainera 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

Date : La signature de l'Assuré 1

Ce questionnaire de santé est valable 4 mois à compter de sa signature.

Assuré 2	Nom :	Prénom :
	Poids : en kg	Taille : en cm
1	Avez-vous été hospitalisé dans les 10 dernières années pendant plus de 10 jours ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date début <input type="text"/> Nature ? Séquelles ?
2	Etes-vous pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Motif ?
3	Suivez-vous un traitement pour hypertension artérielle ? diabète ? troubles circulatoires ? cholestérol ? affection hormonale ? affections neuropsychiques ? affection gastrique ? affection génitale ? goutte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lequel ? Traitement ?
4	Etes-vous atteint d'une maladie cardiaque, et/ou vasculaire ? d'une maladie respiratoire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nature ? Date <input type="text"/> Traitement ? Fréquence ?
5	Etes-vous atteint d'une malformation congénitale ou d'une infirmité ? de troubles de la vision ou auditif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nature ? Séquelles ? Pour les troubles de vision, précisez l'acuité visuelle après correction : OD OG
6	Etes-vous atteint d'une affection rénale ou hépatique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nature ? Date <input type="text"/> Traitement ? Fréquence ?
7	Avez-vous des maladies rhumatismales ou des os, des affections discovertébrales, de l'arthrose, des problèmes de hanche ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Siège des lésions ? Traitement ?
8	Avez-vous eu d'autres maladies ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lesquelles ? Date <input type="text"/>
9	Pratiquez-vous un sport ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lequel ? Souhaitez-vous être garanti pour ce risque <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 entrainera 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

Date : La signature de l'Assuré 2

Ce questionnaire de santé est valable 4 mois à compter de sa signature.

Formalités médicales

Capital assuré	Age à la souscription jusqu'à 80 ans
De 7 500 € à 75 000 €	Questionnaire de santé (9 questions)
De 75 001 € à 150 000 €	Questionnaire de santé + Rapport médical
De 150 001 € jusqu'à 310 000 €	Dossier Médical Standard

Dossier médical standard : Proposition avec questionnaire de santé + rapport médical + Profil sanguin 1 + examen cytotobactériologique des urines et chimie des urines + électrocardiogramme avec rapport du cardiologue.

Profil Sanguin 1 : Numération Formule sanguine, vitesse de sédimentation, dosage de la glycémie, de la créatinine, de l'urée, de l'acide urique, recherche des anticorps HIV1 et 2 par enzymologie (2 réactifs), bilan enzymatique hépatique (avec Gamma GT, transaminases SGOT et SGPT, phosphatases alcalines), bilan lipidique (avec cholestérol total, HDL, LDL, rapport cholestérol total / HDL, triglycérides), dosage des antigènes HBs, des anticorps anti HBc, dosage des anticorps anti HCV.

Remboursement des frais médicaux

Les frais d'examens médicaux engagés par l'assuré seront remboursés par APRIL Assurances :

- Une fois l'adhésion effective,
- En cas de refus de la part d'APRIL Assurances,
- En cas de proposition d'adhésion sous condition de la part d'APRIL Assurances. Si vous réglez directement les frais médicaux, faites-nous parvenir une facture originale acquittée par le praticien.

En revanche, les frais resteront à la charge de l'assuré dans les cas suivants :

- Les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Assurances,
- L'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.

Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée par les 2 assurés (pages 2, 3, 4 et 5).**
- 2 Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée.**
- 3 Mon relevé d'identité bancaire ou postal.**
- 4 Les justificatifs médicaux si le questionnaire contient des réponses positives.**