

Numéro Correspondant : .....

## DECLARATION D'ETAT DE SANTE A JOINDRE A VOTRE ADHESION AU CONTRAT FRONTALIER

Je soussigné(e), ....., né(e) le ..... / ..... / ....., demeurant .....

Atteste sur l'honneur que moi-même ainsi que les membres de ma famille déclarés sur la demande d'adhésion au contrat Frontalier jointe à la présente, sommes actuellement assurés au titre d'un contrat frais de santé que nous souhaitons résilier pour adhérer au contrat Frontalier .

De même, je déclare que les personnes mentionnées sur la demande d'adhésion :

- ont moins de 65 ans
- ne sont pas actuellement en arrêt de travail et ne sont pas titulaires d'une pension d'invalidité pour maladie ou accident
- n'ont pas subi d'intervention chirurgicale au cours des 3 dernières années
- ne sont pas actuellement sous surveillance médicale et/ou ne suivent pas de traitement médical
- ne présentent pas de symptômes, de maladies, devant justifier une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...), une radiographie (Scanner, IRM)
- ne doivent pas engager de soins dentaires (orthodontie, prothèses, appareils, bridges, couronnes...) et de prothèses auditives dans les 6 mois qui suivent la date d'effet des garanties du contrat Frontalier

### IMPORTANT



**Je joins à la présente , un certificat de radiation ou un avis d'échéance de l'année en cours justifiant de la couverture au titre d'un contrat d'assurance frais de santé pour la période antérieure à la date d'effet souhaitée pour les garanties Frontalier.**

Si vous ne pouvez signer cette Déclaration d'Etat de Santé, merci de compléter, signer et renvoyer à April Assurances le(s) questionnaire(s) de santé figurant dans la demande d'adhésion Frontalier pour étude.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité du contrat conformément à l'article L.113.8 du code des assurances.**

Fait à

Le

Signature de l'adhérent précédée de la mention « **lu et approuvé** »

Signature du conjoint précédée de la mention « **lu et approuvé** »

Déclaration d'Etat de Santé valable 6 mois à compter de la signature\*