



SANO CONCEPT

# Frontalier



Une solution complète d'assurance santé spécifiquement adaptée aux besoins des travailleurs frontaliers suisses

# Demande d'adhésion

SAN 0150

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion  Modification  Fax transmis le :

N° adhérent :

N° de l'assureur conseil :

<b>Adhérent :</b> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : ..... Prénom : ..... Nom de jeune fille : ..... Né(e) le : <input type="text"/> Adresse : ..... Code Postal : <input type="text"/> Ville : ..... Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/>	Adresse email (1) : ..... Situation de famille : ..... Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> Profession exacte de l'adhérent : ..... Le n° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (facultatif) Le n° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire si affilié à un régime obligatoire français) Le n° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint : .....
---	--

Garantie de base souscrite (2)  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4  Niveau 5  Date d'effet souhaitée :  (3)

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe (2)		Non affilié à un régime obligatoire français (SAN 0150)	Affilié à un régime obligatoire français (SAN 0160)	Cotisations mensuelles TTC de base
				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F			
Adhérent(e)	.....	.....	.....	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... €
Conjoint(e)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ..... €
1 <sup>er</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ..... €
2 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ..... €

**Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement (2)**

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

**Cotisation mensuelle totale TTC :**  
= ..... €  
**+ Droit d'Adhésion (4) : 20 €**

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois .

Le virement des prestations s'effectue sur le compte de prélèvement des cotisations. Si vous ne le souhaitez pas, vous devez nous joindre un RIB.

Avez-vous bénéficié d'une couverture santé dans le mois précédent la date d'effet de ce contrat ?  oui  non (si oui, merci de joindre votre certificat de radiation).

(1) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail, étant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.  
 (2) Mettre une croix dans la case correspondante.  
 (3) Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'Adhésion par APRIL Santé Prévoyance.  
 (4) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Santé Prévoyance.

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance 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 la société AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées FS 09-11/09, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. 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.

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 Santé Prévoyance et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion à la convention. 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 Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03. Les destinataires de vos données personnelles dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à en connaître en tant qu'apporteurs d'affaires, organismes assureurs intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser des données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors union européenne. Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée. Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance 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 Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL.

Je certifie ne relever d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie en France ou en Suisse.

**Le code et la signature du conseiller Sano Concept**

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

Fait à

Le :



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. Le 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 (voir enfants sur questionnaire séparé) accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, 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.**

## Etat de santé de l'Adhérent

<b>Nom :</b> .....		<b>Prénom :</b> .....		<b>Date de naissance :</b> <input type="text"/>	
<b>Taille / Poids :</b>		<b>Taille :</b> ..... <b>cm</b>		<b>Poids :</b> ..... <b>kg</b>	
		Oui	Non		
<b>1</b>	Souffrez-vous ou avez-vous au cours de 10 dernières années été atteint d'une maladie :			Si oui, précisez :	
	- Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artériopathie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature exacte : .....	
	- Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du diagnostic : <input type="text"/>	
	- Pulmonaire (asthme, bronchite obstructive, tuberculose...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement : .....	
	- Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Endocrinologique (diabète, thyroïde...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Métabolique (cholestérol, triglycéride...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evolution : .....	
	- Rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Digestive ou intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
- Gynécologique, rénale ou urinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Du sang (hémophilie, phlébite...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Ophthalmologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- ORL (surdité, infections, infections récidivantes...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Autres maladies cancéreuses, congénitales, héréditaires, affection nécessitant une surveillance médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
<i>Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.</i>					
<b>2</b>	Avez-vous été accidenté au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : L'accident a-t-il été pris en charge par votre employeur/votre assurance accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation ainsi que les justificatifs de prise en charge par votre assureur accident suisse le cas échéant.</i>			Date : <input type="text"/>	
<b>3</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné en milieu hospitalier ou assimilé (hôpital, centre de rééducation, cure...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
	Au cours des 10 dernières années, avez-vous bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : .....	
<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques.</i>					
<b>4</b>	Etes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail de plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>5</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait l'objet d'examens spécialisés (biologique, radio, scanner, IRM...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
	<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus.</i>			Nature : .....	
<b>6</b>	Avez-vous ou non 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>7</b>	Etes-vous, ou avez-vous au cours des 10 dernières années été sous traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
				Nom du traitement : .....	
<b>8</b>	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : .....	
				Taux : ..... Durée : .....	
<b>9</b>	Envisagez-vous une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>10</b>	Mode de vie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Depuis quand : .....	
	- Consommez-vous du tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nbre de cigarettes/jour : .....	
	- Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, nombre de verres par jour (20 cl) : .....	

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus 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 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.

Vos observations particulières : .....

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

Date :



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de sa signature

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. Le 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 (voir enfants sur questionnaire séparé) accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, 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.**

## Etat de santé du Conjoint

Nom : .....		Prénom : .....		Date de naissance : <input type="text"/>	
Taille / Poids : Taille : .....		cm		Poids : .....	
				kg	
		Oui	Non		
<b>1</b>	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint de 10 dernières années été atteint d'une maladie :			Si oui, précisez :	
	- Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artériopathie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature exacte : .....	
	- Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du diagnostic : <input type="text"/>	
	- Pulmonaire (asthme, bronchite obstructive, tuberculose...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement : .....	
	- Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Endocrinologique (diabète, thyroïde...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Métabolique (cholestérol, triglycéride...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evolution : .....	
	- Rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Digestive ou intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
- Gynécologique, rénale ou urinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Du sang (hémophilie, phlébite...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Ophthalmologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- ORL (surdité, infections, infections récidivantes...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Autres maladies cancéreuses, congénitales, héréditaires, affection nécessitant une surveillance médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
<i>Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.</i>					
<b>2</b>	Avez-vous été accidenté au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : L'accident a-t-il été pris en charge par votre employeur/votre assurance accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation ainsi que les justificatifs de prise en charge par votre assureur accident suisse le cas échéant.</i>			Date : <input type="text"/>	
<b>3</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné en milieu hospitalier ou assimilé (hôpital, centre de rééducation, cure...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
	Au cours des 10 dernières années, avez-vous bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : .....	
<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques.</i>					
<b>4</b>	Etes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail de plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>5</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait l'objet d'examens spécialisés (biologique, radio, scanner, IRM...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
	<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus.</i>			Nature : .....	
<b>6</b>	Avez-vous ou non 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>7</b>	Etes-vous ou avez vous été au cours des 10 dernières années été sous traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
				Nom du traitement : .....	
<b>8</b>	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : .....	
				Taux : ..... Durée : .....	
<b>9</b>	Envisagez-vous une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>10</b>	Mode de vie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Depuis quand : .....	
	- Consommez-vous du tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nbre de cigarettes/jour : .....	
	- Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, nombre de verres par jour (20 cl) : .....	

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus 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 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.

Vos observations particulières : .....

**La signature du conjoint assuré précédée de la mention "lu et approuvé"**

Date :



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de sa signature

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. Le 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 (voir enfants sur questionnaire séparé) accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, 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.**

## Etat de santé Enfant

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance :

Taille / Poids : Taille : ..... cm Poids : ..... kg

	Oui	Non		
<b>1</b> Souffre-t-il ou a-t-il au cours de 10 dernières années été atteint d'une maladie : - Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artériopathie...)? - Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral...)? - Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)? - Pulmonaire (asthme, bronchite obstructive, tuberculose...)? - Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...)? - Endocrinologique (diabète, thyroïde...)? - Métabolique (cholestérol, triglycéride...)? - Rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations? - Digestive ou intestinale? - Gynécologique, rénale ou urinaire? - Du sang (hémophilie, phlébite...)? - Ophtalmologique? - ORL (surdité, infections, infections récidivantes...)? - Autres maladies cancéreuses, congénitales, héréditaires, affection nécessitant une surveillance médicale? <i>Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Nature exacte : ..... Date du diagnostic : <input type="text"/> Traitement : ..... Evolution : .....	
	<b>2</b> A-t-il été accidenté au cours des 5 dernières années ? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation ainsi que les justificatifs de prise en charge par votre assureur accident suisse le cas échéant.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : L'accident a-t-il été pris en charge par votre employeur/votre assurance accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Date : <input type="text"/> Nature des lésions initiales : ..... Séquelles : .....
	<b>3</b> Au cours des 10 dernières années, a-t-il séjourné en milieu hospitalier ou assimilé (hôpital, centre de rééducation, cure...)? Au cours des 10 dernières années, a-t-il bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/> Motif : ..... Si oui, précisez : Date : <input type="text"/> Nature : ..... Résultat : .....
	<b>4</b> Est-il ou a-t-il été en arrêt de travail de plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/> Nature : .....
	<b>5</b> Au cours des 10 dernières années, a-t-il fait l'objet d'examens spécialisés (biologique, radio, scanner, IRM...)? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/> Nature : ..... Résultat : ..... Motif médical : .....
	<b>6</b> A-t-il ou non 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>
	<b>7</b> Est-il, ou a-t-il été, au cours des 10 dernières années, sous traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/> Nom du traitement : .....
	<b>8</b> Est-il titulaire d'une pension d'invalidité pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : ..... Taux : ..... Durée : .....
	<b>9</b> Envisage-t-il une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/> Nature : ..... Motif d'hospitalisation : .....
	<b>10</b> Mode de vie : - Consomme-t-il du tabac ? - Consomme-t-il de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Depuis quand : ..... Nbre de cigarettes/jour : ..... Si oui, nombre de verres par jour (20 cl) : .....

Exemplaire April Santé Prévoyance

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus 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 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.

Vos observations particulières : .....

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

Date :



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de sa signature

## Constitution de **votre dossier**

### Le saviez-vous ?

Plus de 30 % des dossiers ne peuvent être traités dans les meilleurs délais car ils sont incomplets, en raison d'un simple oubli de signature, de date ou de réponses à des questions.

Pour un traitement plus rapide :

#### Zoom sur la partie administrative

- J'ai vérifié que ma demande d'adhésion est intégralement complétée et signée,
- J'ai rempli l'autorisation de prélèvement,
- J'ai joint mon certificat de radiation pour la suppression des délais d'attente.

#### Zoom sur la partie médicale

- J'ai vérifié que j'ai répondu à l'ensemble des questions de mon questionnaire de santé,
- J'ai joint les justificatifs médicaux (si vos réponses au questionnaire le justifie).

## Je joins à **mon envoi**

### Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée par le ou les assuré(s) et/ou l'adhérent,
- 2 Mon autorisation de prélèvement, remplie et signée,
- 3 Mon relevé d'identité bancaire ou postal,
- 4 Les justificatifs médicaux et le(s) questionnaire(s) complémentaire(s),
- 5 L'attestation de mon conjoint et mes enfants, s'ils sont affiliés à un régime obligatoire français.

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



## Et après l'adhésion ?

### Votre dossier d'adhésion

**Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve du versement de la première cotisation.**

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

- le guide de l'assuré (informations pratiques),
- votre carte de Tiers Payant,
- un résumé de vos garanties,
- votre certificat d'adhésion,
- votre avis d'échéance (situation de votre compte),
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat.

### Vos remboursements

**Pour vos frais de santé, ayez le réflexe Tiers Payant Santé et ne faites plus l'avance de vos frais de santé (hors appareillage et transport) !**

Que vous soyez frontalier suisse non affilié ou affilié à un régime d'assurance maladie français, les démarches pour bénéficier de ce service sont les suivantes :

#### En cas d'hospitalisation à l'Hôpital Cantonal de Genève

Contactez-nous au **0 974 50 20 20** et demandez-nous une prise en charge.

#### En cas d'hospitalisation dans un établissement en France

Présentez votre carte de Tiers Payant à l'établissement hospitalier, afin qu'il puisse se voir délivrer une prise en charge hospitalisation.

#### En cas de soins en France (hors appareillage et transport)

Présentez votre carte de Tiers Payant.

Si le professionnel de santé ne souhaite pas vous accorder le Tiers Payant, il convient de nous envoyer la facture détaillée et originale.

Dès réception, vous serez remboursé en 24h.

Crée en 2000 à Lausanne, regroupant aujourd'hui plus de 400 collaborateurs en Suisse, en France et en Tunisie, SANO Concept assure la santé de plus de 120 000 personnes.

SANO Concept propose une gamme complète de solutions d'assurance collectives et individuelles innovantes pour les profils internationaux sous sa marque **SANO Concept International**.

SANO Concept est la filiale suisse du groupe APRIL, acteur leader de l'assurance santé en France et présent dans plus de 30 pays avec 3 500 collaborateurs.

Sano Concept International s'est associé à APRIL Santé Prévoyance pour concevoir une assurance santé pour les frontaliers travaillant en Suisse. Les expertises des marchés de la santé d'APRIL en France et de SANO Concept en Suisse permettent de proposer aux Frontaliers et à leur famille un package de garanties parfaitement adapté à leurs besoins ainsi que des services exclusifs.

**SANO Concept, Social Partner de la Fondation Théodora**  
[www.theodora.org](http://www.theodora.org)



## APRIL Santé Prévoyance à vos côtés

Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Santé Prévoyance conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les travailleurs indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, APRIL Santé Prévoyance s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une qualité de gestion hors normes en 24 heures.



Santé, Prévoyance, Assurance de Prêt ..... Tél. 09 74 50 20 20  
particuliers et professionnels (appel non surtaxé)

[www.april.fr](http://www.april.fr)

### L'assurance qui me fait **gagner en santé**

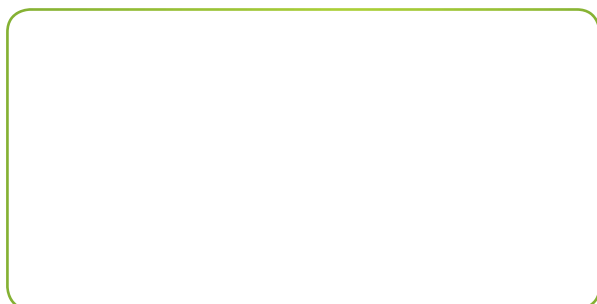
#### Nos engagements :

- Vous protéger au plus près de vos besoins
- Vous guider dans vos choix de santé
- Vous aider à prendre en main l'avenir de votre santé



Une société certifiée ISO 9001(1)  
version 2000

Pour en savoir plus contactez votre conseiller Sano Concept.



## APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE 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](http://www.april.fr)

APRIL Santé Prévoyance - 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.orient.fr](http://www.orient.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75 436 Paris Cedex 09  
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance, assuré par AXERIA Prévoyance et distribué par SANO CONCEPT.



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

# Demande d'adhésion

SAN 0150

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion  Modification  Fax transmis le :

N° adhérent :

N° de l'assureur conseil :

<b>Adhérent :</b> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : ..... Prénom : ..... Nom de jeune fille : ..... Né(e) le : <input type="text"/> Adresse : ..... Code Postal : <input type="text"/> Ville : ..... Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/>	Adresse email (1) : ..... Situation de famille : ..... Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> Profession exacte de l'adhérent : ..... Le n° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (facultatif) Le n° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire si affilié à un régime obligatoire français) Le n° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint : .....
---	--

Garantie de base souscrite (2)  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4  Niveau 5  Date d'effet souhaitée :  (3)

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe (2)		Non affilié à un régime obligatoire français (SAN 0150)	Affilié à un régime obligatoire français (SAN 0160)	Cotisations mensuelles TTC de base
				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F			
Adhérent(e)	.....	.....	.....	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... €
Conjoint(e)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ..... €
1 <sup>er</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ..... €
2 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ..... €

**Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement (2)**

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

**Cotisation mensuelle totale TTC :**  
= ..... €  
**+ Droit d'Adhésion (4) : 20 €**

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois .

Le virement des prestations s'effectue sur le compte de prélèvement des cotisations. Si vous ne le souhaitez pas, vous devez nous joindre un RIB.

Avez-vous bénéficié d'une couverture santé dans le mois précédent la date d'effet de ce contrat ?  oui  non (si oui, merci de joindre votre certificat de radiation).

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance 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 la société AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées FS 09-11/09, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. 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.

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 Santé Prévoyance et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion à la convention. 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 Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03. Les destinataires de vos données personnelles dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à en connaître en tant qu'apporteurs d'affaires, organismes assureurs intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser des données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors union européenne. Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée. Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance 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 Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL.

Je certifie ne relever d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie en France ou en Suisse.

**Le code et la signature du conseiller Sano Concept**

**La signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"**  
Fait à   
Le :

Exemplaire Sano Concept

# Demande d'adhésion

SAN 0150

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion  Modification  Fax transmis le :

N° adhérent :

N° de l'assureur conseil :

<b>Adhérent :</b> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : ..... Prénom : ..... Nom de jeune fille : ..... Né(e) le : <input type="text"/> Adresse : ..... Code Postal : <input type="text"/> Ville : ..... Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/>	Adresse email (1) : ..... Situation de famille : ..... Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> Profession exacte de l'adhérent : ..... Le n° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (facultatif) Le n° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire si affilié à un régime obligatoire français) Le n° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint : .....
---	--

Garantie de base souscrite (2)  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4  Niveau 5  Date d'effet souhaitée :  (3)

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe (2)		Non affilié à un régime obligatoire français (SAN 0150)	Affilié à un régime obligatoire français (SAN 0160)	Cotisations mensuelles TTC de base
				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F			
Adhérent(e)	.....	.....	.....	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... €
Conjoint(e)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ..... €
1 <sup>er</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ..... €
2 <sup>e</sup> enfant	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ ..... €

**Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement (2)**

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

**Cotisation mensuelle totale TTC :**  
= ..... €  
**+ Droit d'Adhésion (4) : 20 €**

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois .

Le virement des prestations s'effectue sur le compte de prélèvement des cotisations. Si vous ne le souhaitez pas, vous devez nous joindre un RIB.

Avez-vous bénéficié d'une couverture santé dans le mois précédent la date d'effet de ce contrat ?  oui  non (si oui, merci de joindre votre certificat de radiation).

(1) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail, étant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.  
 (2) Mettre une croix dans la case correspondante.  
 (3) Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'Adhésion par APRIL Santé Prévoyance.  
 (4) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Santé Prévoyance.

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance 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 la société AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées FS 09-11/09, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. 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.

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 Santé Prévoyance et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion à la convention. 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 Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03. Les destinataires de vos données personnelles dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à en connaître en tant qu'apporteurs d'affaires, organismes assureurs intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser des données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors union européenne. Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée. Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance 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 Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL.

Je certifie ne relever d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie en France ou en Suisse.

**Le code et la signature du conseiller Sano Concept**

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

Fait à

Le :



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. Le 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 (voir enfants sur questionnaire séparé) accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, 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.**

## Etat de santé de l'Adhérent

Nom : .....		Prénom : .....		Date de naissance : <input type="text"/>	
Taille / Poids :		Taille : .....		cm Poids : .....	
				kg	
		Oui	Non		
<b>1</b>	Souffrez-vous ou avez-vous au cours de 10 dernières années été atteint d'une maladie :			Si oui, précisez :	
	- Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artériopathie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature exacte : .....	
	- Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du diagnostic : <input type="text"/>	
	- Pulmonaire (asthme, bronchite obstructive, tuberculose...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement : .....	
	- Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Endocrinologique (diabète, thyroïde...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Métabolique (cholestérol, triglycéride...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evolution : .....	
	- Rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Digestive ou intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
- Gynécologique, rénale ou urinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Du sang (hémophilie, phlébite...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Ophthalmologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- ORL (surdité, infections, infections récidivantes...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Autres maladies cancéreuses, congénitales, héréditaires, affection nécessitant une surveillance médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
<i>Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.</i>					
<b>2</b>	Avez-vous été accidenté au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : L'accident a-t-il été pris en charge par votre employeur/votre assurance accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation ainsi que les justificatifs de prise en charge par votre assureur accident suisse le cas échéant.</i>			Date : <input type="text"/>	
<b>3</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné en milieu hospitalier ou assimilé (hôpital, centre de rééducation, cure...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
	Au cours des 10 dernières années, avez-vous bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : .....	
<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques.</i>					
<b>4</b>	Etes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail de plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>5</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait l'objet d'exams spécialisés (biologique, radio, scanner, IRM...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
	<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus.</i>			Nature : .....	
<b>6</b>	Avez-vous ou non 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>7</b>	Etes-vous, ou avez-vous au cours des 10 dernières années été sous traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
				Nom du traitement : .....	
<b>8</b>	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : .....	
				Taux : ..... Durée : .....	
<b>9</b>	Envisagez-vous une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>10</b>	Mode de vie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Depuis quand : .....	
	- Consommez-vous du tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nbre de cigarettes/jour : .....	
	- Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, nombre de verres par jour (20 cl) : .....	

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus 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 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.

Vos observations particulières : .....

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

Date :



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de sa signature

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. Le 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 (voir enfants sur questionnaire séparé) accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, 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.**

## Etat de santé du Conjoint

Nom : .....		Prénom : .....		Date de naissance : <input type="text"/>	
Taille / Poids : Taille : .....		cm		Poids : .....	
				kg	
		Oui	Non		
<b>1</b>	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint de 10 dernières années été atteint d'une maladie :			Si oui, précisez :	
	- Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artériopathie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature exacte : .....	
	- Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du diagnostic : <input type="text"/>	
	- Pulmonaire (asthme, bronchite obstructive, tuberculose...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement : .....	
	- Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Endocrinologique (diabète, thyroïde...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Métabolique (cholestérol, triglycéride...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evolution : .....	
	- Rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	- Digestive ou intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
- Gynécologique, rénale ou urinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Du sang (hémophilie, phlébite...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Ophthalmologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- ORL (surdité, infections, infections récidivantes...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
- Autres maladies cancéreuses, congénitales, héréditaires, affection nécessitant une surveillance médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		
<i>Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.</i>					
<b>2</b>	Avez-vous été accidenté au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : L'accident a-t-il été pris en charge par votre employeur/votre assurance accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation ainsi que les justificatifs de prise en charge par votre assureur accident suisse le cas échéant.</i>			Date : <input type="text"/>	
<b>3</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné en milieu hospitalier ou assimilé (hôpital, centre de rééducation, cure...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
	Au cours des 10 dernières années, avez-vous bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif : .....	
<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques.</i>					
<b>4</b>	Etes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail de plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>5</b>	Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait l'objet d'exams spécialisés (biologique, radio, scanner, IRM...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
	<i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus.</i>			Nature : .....	
<b>6</b>	Avez-vous ou non 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>7</b>	Etes-vous ou avez vous été au cours des 10 dernières années été sous traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/>	
				Nom du traitement : .....	
<b>8</b>	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : .....	
				Taux : ..... Durée : .....	
<b>9</b>	Envisagez-vous une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>	
				Nature : .....	
<b>10</b>	Mode de vie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Depuis quand : .....	
	- Consommez-vous du tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nbre de cigarettes/jour : .....	
	- Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, nombre de verres par jour (20 cl) : .....	

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus 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 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.

Vos observations particulières : .....

**La signature du conjoint assuré précédée de la mention "lu et approuvé"**

Date :



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de sa signature

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. Le 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 (voir enfants sur questionnaire séparé) accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, 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.**

## Etat de santé Enfant

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance :

Taille / Poids : Taille : ..... cm Poids : ..... kg

	Oui	Non		
<b>1</b> Souffre-t-il ou a-t-il au cours de 10 dernières années été atteint d'une maladie : - Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artériopathie...)? - Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral...)? - Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)? - Pulmonaire (asthme, bronchite obstructive, tuberculose...)? - Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...)? - Endocrinologique (diabète, thyroïde...)? - Métabolique (cholestérol, triglycéride...)? - Rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations? - Digestive ou intestinale? - Gynécologique, rénale ou urinaire? - Du sang (hémophilie, phlébite...)? - Ophtalmologique? - ORL (surdité, infections, infections récidivantes...)? - Autres maladies cancéreuses, congénitales, héréditaires, affection nécessitant une surveillance médicale? <i>Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Nature exacte : ..... Date du diagnostic : <input type="text"/> Traitement : ..... Evolution : .....	
	<b>2</b> A-t-il été accidenté au cours des 5 dernières années ? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation ainsi que les justificatifs de prise en charge par votre assureur accident suisse le cas échéant.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : L'accident a-t-il été pris en charge par votre employeur/votre assurance accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Date : <input type="text"/> Nature des lésions initiales : ..... Séquelles : .....
	<b>3</b> Au cours des 10 dernières années, a-t-il séjourné en milieu hospitalier ou assimilé (hôpital, centre de rééducation, cure...)? Au cours des 10 dernières années, a-t-il bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/> Motif : ..... Si oui, précisez : Date : <input type="text"/> Nature : ..... Résultat : .....
	<b>4</b> Est-il ou a-t-il été en arrêt de travail de plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/> Nature : .....
	<b>5</b> Au cours des 10 dernières années, a-t-il fait l'objet d'examens spécialisés (biologique, radio, scanner, IRM...)? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/> Nature : ..... Résultat : ..... Motif médical : .....
	<b>6</b> A-t-il ou non 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/>
	<b>7</b> Est-il, ou a-t-il été, au cours des 10 dernières années, sous traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date et durée : <input type="text"/> Nom du traitement : .....
	<b>8</b> Est-il titulaire d'une pension d'invalidité pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Motif : ..... Taux : ..... Durée : .....
	<b>9</b> Envisage-t-il une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : <input type="text"/> Nature : ..... Motif d'hospitalisation : .....
	<b>10</b> Mode de vie : - Consomme-t-il du tabac ? - Consomme-t-il de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Depuis quand : ..... Nbre de cigarettes/jour : ..... Si oui, nombre de verres par jour (20 cl) : .....

Exemplaire Client

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus 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 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.

Vos observations particulières : .....

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

Date :



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de sa signature