

# Demande d'affiliation [avec questionnaire de santé]

## Participant

 Salarié cadre

 Salarié non cadre

 N° 

Nom : ..... Nom marital : .....

Prénom : ..... Né(e) le       Département

Adresse : ..... Situation de famille : .....

..... Nbre d'enfants fiscalement à charge :  Nbre d'ascendants fiscalement à charge :

Code Postal     Ville : .....

N° de téléphone (domicile)         N° de téléphone portable

E-mail : .....

N° de Sécurité sociale (mention obligatoire)

Date d'entrée dans l'entreprise (mention obligatoire)       Fonction(s) exercée(s) : .....

Temps plein  Temps partiel  Employeurs multiples

Bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité ?  Oui  Non Si oui, pourcentage :  %

Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ?  Oui  Non Si oui :  Arrêt total  Arrêt partiel

**SALAIRE ANNUEL BRUT** (le cas échéant évalué)  € mention indispensable pour la mise en place des garanties de prévoyance

## Entreprise

 N° 

Nom .....  
 Adresse du siège social : .....  
 Code Postal     Ville : .....  
 Lieu de travail si différent : .....

En tant que représentant(s) de l'entreprise, nous certifions exacts les renseignements portés sur cette demande d'affiliation, et nous nous engageons, pour répondre à notre obligation d'information, à remettre aux salariés concernés la notice des conditions générales qui nous est transmise par l'assureur.

**Signature et Cachet du représentant de l'entreprise adhérente précédés de la mention "lu et approuvé"**



### Prévoyance : désignation de bénéficiaires (voir recommandations au dos)

**Toute modification des bénéficiaires du capital décès doit nous être communiquée dans les meilleurs délais lors d'un changement de situation de famille.**

Bénéficiaire(s) en cas de décès :  mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité en vigueur au jour du décès, ou à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes père et mère par parts égales ou à défaut mes héritiers par parts égales.

autres bénéficiaires (préciser leurs nom, prénom(s), date de naissance et pourcentage de répartition) : .....

### Complémentaire santé : liste des bénéficiaires à assurer au régime

### Régime obligatoire(1)

Assuré	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Date d'effet	Salarié	Alsace Moselle	TNS	Agricole
Participant	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 <sup>er</sup> enfant	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>e</sup> enfant	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <sup>e</sup> enfant	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <sup>e</sup> enfant	.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Joindre la photocopie de l'attestation de droits de la Sécurité sociale et un RIB pour chaque bénéficiaire.**

(1) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré.

- Je déclare avoir reçu de mon employeur la notice des conditions générales valant note d'information et en avoir accepté les dispositions. Je déclare avoir été parfaitement informé(e) des garanties souscrites par mon employeur à mon profit et en acceptant les conditions.
- Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL (étant entendu que les articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance ou la réduction des garanties s'il est fait preuve d'une fausse déclaration).
- Je soussigné(e), certifie complets et exacts les renseignements portés sur la présente demande.

**Signature du participant précédée de la mention "lu et approuvé" :**



Fait à .....

Le

### Quand devez-vous remplir le questionnaire de santé ?

- **Le questionnaire de santé est obligatoire** si votre entreprise a souscrit un contrat prévoyance et si vous faites partie d'un collège dont l'effectif est compris entre 1 et 5 salariés.
- Au-delà de 5 salariés, **le questionnaire de santé n'est pas systématique**. Consultez votre employeur ou, à défaut, contactez notre service de gestion par téléphone au 04 72 36 74 59.
- Si vous percevez un salaire supérieur à 3 PASS (Plafond Annuel de la Sécurité sociale), **il faudra vous soumettre, en plus du questionnaire de santé, à un examen médical demandé par APRIL Assurances Entreprises**. Prenez contact avec notre service de gestion par téléphone au 04 72 36 74 59.

### Comment devez-vous compléter le questionnaire de santé ?

Vous devez répondre, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble des questions pour permettre l'appréciation du risque par l'Assureur. **Vos déclarations vous engagent.**

Les informations liées à votre santé que vous nous communiquez sont couvertes par le secret médical. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de **toutes les pièces justificatives nécessaires**, sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Assurances Entreprises.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances Entreprises. 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 à : **Médecin Conseil d'APRIL Assurances Entreprises**  
Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03

### Comment désigner votre ou vos bénéficiaire(s) en cas de décès ?

**Vous avez la possibilité de sélectionner la clause type de la demande d'affiliation ou de rédiger vous-même votre clause de désignation de bénéficiaire(s).** Pour que votre volonté soit respectée, la clause doit être rédigée de manière précise. Pour cela, lisez attentivement les conseils ci-après :

**La qualité du bénéficiaire :** citer les personnes par leur « qualité » vous garantit que les bénéficiaires du capital en cas de décès seront uniquement ceux qui pourront justifier de cette qualité au moment du décès.

**Exemples :** « Mon conjoint non divorcé, ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut... à défaut mes héritiers » (en cas de remariage, il s'agit du conjoint au moment du décès; en cas de divorce, séparation de corps ou prédécès, c'est le bénéficiaire suivant qui percevra le capital), « Mon concubin, à défaut... à défaut mes héritiers », « Mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité en vigueur au jour du décès, à défaut... à défaut mes héritiers »

**Les conséquences d'une désignation nominative :** nommer une personne par ses nom et prénom(s) la désigne bénéficiaire, peu importe sa qualité au moment du décès ! « Melle A » bien qu'elle soit divorcée ou, ex-concubine percevrait le capital. La désignation nominative est donc déconseillée sauf si elle correspond à votre volonté de désigner une personne quel que soit son lien avec vous-même. Dans ce cas, nous vous invitons à préciser les coordonnées (adresse,...) et date(s) de naissance du ou des bénéficiaire(s) concerné(s).

**Les désignations doivent être successives,** c'est-à-dire par ordre de priorité, de manière à ce qu'en dernier lieu, les héritiers soient toujours les ultimes bénéficiaires (percevant le capital hors succession selon les règles en vigueur). Exemple : mon conjoint..., à défaut... à défaut..., à défaut... à défaut mes héritiers.

Pour désigner tous vos enfants, vous pouvez préciser : « ...Mes enfants nés ou à naître par parts égales, la part de l'enfant prédécédé revenant à ses propres enfants, ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant, à défaut..., à défaut mes héritiers »

Pour désigner vos parents par parts égales, ou par ordre de priorité :

1. «... mes ascendants par parts égales, la part du prédécédé revenant au survivant, à défaut..., à défaut mes héritiers ».

2. « ...ma mère, à défaut mon père, à défaut..., à défaut mes héritiers. »

Même en l'absence d'enfant ou de conjoint au moment où vous rédigez votre clause, vous pouvez quand même intégrer ces éventuels bénéficiaires pour le cas où votre situation changerait (mariage, naissance...).

**La répartition du capital :** vous devez toujours préciser « par parts égales » surtout si vous nommez plusieurs personnes. Il convient d'indiquer « Madame A, Monsieur B par parts égales, la part du prédécédé revenant au survivant, à défaut..., à défaut mes héritiers ». Par parts différentes entre plusieurs bénéficiaires, vous devez préciser le pourcentage revenant à chacun. « 70% à Madame A, 30% à Madame B, la part du prédécédé revenant à....., à défaut..., à défaut mes héritiers. »

Dans des situations familiales nécessitant des clauses complexes, il peut être essentiel de se faire assister par un conseil juridique spécialisé.

**Modification de la clause bénéficiaire :** Vous pouvez à tout moment modifier votre désignation de bénéficiaire en adressant à APRIL Assurances Entreprises une lettre datée et signée. Pensez-y notamment en cas de changement de situation de famille.



# APRIL Assurances Entreprises à vos côtés

Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances Entreprises conçoit des solutions d'assurance santé et prévoyance simples, innovantes et adaptées à tous les besoins des salariés d'entreprise et de leurs employeurs. APRIL Assurances Entreprises 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 et Prévoyance entreprises**

Tél. **04 72 36 74 59**

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

## [ Notre engagement, votre satisfaction ]

Satisfaction clients assurés\*



Satisfaction Assureurs-conseils\*



Une société certifiée  
ISO 9001<sup>(1)</sup>

## APRIL des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions : [www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil

**APRIL ASSURANCES ENTREPRISES**  
UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

**Siège social,**  
Immeuble Aprilium  
114 Boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 04 72 36 74 10 - Internet [www.aprilentreprises.fr](http://www.aprilentreprises.fr)



S.A. au capital de 2 441 000 € à Conseil d'Administration - RCS Lyon 493 481 816  
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 08 040 197 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09. Contrats conçus et gérés par APRIL Assurances Entreprises et assurés par AXERIA Prévoyance pour la prévoyance et Swisslife pour la santé.

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Raison sociale de l'entreprise :  
.....

**CONFIDENTIEL**  
**Secret médical**

APRIL Assurances Entreprises  
A l'attention du Médecin Conseil  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 Lyon Cedex 03

**A découper, à fermer à l'aide de la zone pré-encollée et à agraffer à la demande d'affiliation afin de respecter la confidentialité liée au secret médical (ou à timbrer et à adresser directement au médecin conseil).**

AFF SANTE PREV OM 01/09 - réf. 14341 - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Assurances Entreprises présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Assurances Entreprises. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires. \* 88 % des assurés et 90 % des distributeurs se déclarent satisfaits des produits et services d'APRIL Assurances Entreprises. Source : enquête BVA, avril-mai 2008, 200 assurés et 90 assureurs-conseils; cumul des réponses "très satisfaits" et "assez satisfaits". (1) Activité certifiée : conception et gestion de contrats d'assurance de personnes.