

premier euro

Demande d'adhésion



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

Demande d'adhésion - Contrat réservé aux non-assujettis

PRF0350

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance Oui Non fax transmis le : n° adhérent : n° de l'assureur-conseil : 25418

1

Adhérent : M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="radio"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville : Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> Tél. autre : <input type="text"/> Adresse email (*) :	Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> Situation de l'adhérent(e) justifiant la qualité de non-assujetti à la Sécurité sociale française** : Secteur d'activité : Nationalité de l'adhérent(e)*** : Situation du conjoint justifiant la qualité de non-assujetti à la Sécurité sociale française** : Secteur d'activité : Nationalité du conjoint*** : *** Pour les personnes de nationalité étrangère hors Union Européenne et Suisse, joindre une copie de carte de séjour ou un récépissé préfectoral de demande de carte de séjour.
---	---

* En nous communiquant votre adresse email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Vous pourrez mettre fin à ce mode de communication à l'occasion de chaque envoi.

** Pour connaître la liste des situations permettant la souscription d'un contrat Premier Euro, merci de vous renseigner auprès de votre assureur-conseil.

2

Les garanties souscrites (1) : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3

Date d'effet souhaitée

[Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance].

Premier Euro

Un questionnaire médical est à remplir pour chaque personne à garantir

3

Personne(s) à garantir	Nom(s)	Prénom(s)	Né(e) le	Sexe (1)	Cotisations mensuelles TTC
Adhérent			<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F €
Conjoint			<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	+..... €
1 ^{er} enfant			<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	+..... €
2 ^e enfant			<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	+..... €
3 ^e enfant			<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	+..... €
4 ^e enfant			<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Gratuit - de 21 ans ou €(1)

Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement (5)

Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semestrielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trimestrielle	<input type="radio"/>	Impossible
Mensuelle	<input type="radio"/> (6)	Impossible

(1) L'enfant de plus de 21 ans doit être fiscalement à la charge de ses parents.
 (2) 2,50 € de frais d'échéance sont prélevés à chaque échéance de cotisation. Ainsi si vous optez pour le prélèvement semestriel, vos frais d'échéance s'élèveront à 2 fois 2,50 €.
 (3) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'association des assurés d'APRIL.
 (4) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.
 (5) Mettre une croix pour l'option choisie.
 (6) Minimum pour le paiement mensuel : 16 €.

Cotisation mensuelle TTC €
Frais d'échéance (2)	+ 2,50 €
Cotisation associative (applicable à partir du 1 ^{er} janvier 2013)	+ 0,80 €/mois (3)
Cotisation mensuelle totale TTC €
Frais de dossier (4)	+ 20 €
Total TTC €

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois . Le virement des prestations étant effectué sur le même compte, joindre un RIB ou RIP si vous souhaitez le virement de vos prestations sur un compte différent.

Bénéficiez-vous de garanties de même nature jusqu'à ce jour ? oui* non [*joindre impérativement un justificatif]

Avez-vous déjà été radié(e) d'un organisme d'assurance ou d'une mutuelle ? oui non Si oui pour quel motif ?.....

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de service.

"Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayant 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 (associationdesassuresapril.fr). Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant note d'information, référencées PEU 09-11/09, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions générales applicables aux opérations de gestions d'APRIL. 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 de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Santé Prévoyance et l'Assureur ou leurs mandataires 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 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, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser les 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 par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

Je déclare en outre 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 2 mois.» Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus, 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 devoir bénéficier d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie."

Fait à le

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil
SOFICAS
 4 RUE FRANCIS MARTIN
 33000 BORDEAUX
 Tél : 05 56 51 91 60
 Email : info@soficas.fr

La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention
 "lu et approuvé"

Questionnaire de santé Premier Euro



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 sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires 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. 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, Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03.

Etat de santé de l'Adhérent(e)

Nom : Prénom : Date de naissance :

Taille : cm Poids : kg

	Oui	Non	
1 Souffrez-vous ou avez-vous au cours des 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, triglycérine...)? - 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="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Nature exacte : Date du diagnostic : <input type="text"/> Traitement : Evolution :
2 Avez-vous été accidenté au cours des 5 dernières années ? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : A-t-il été pris en charge par votre employeur/votre assurance accident : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> Date : <input type="text"/> Nature des lésions initiales : Séquelles :
3 Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné en milieu hospitalier ou assimilé (hôpital, centre de rééducation, cure...)? Au cours des 10 dernières années, avez-vous 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="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date et durée : <input type="text"/> Motif : Si oui précisez : Date : <input type="text"/> Nature : Resultat :
4 Etes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail de plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date et durée : <input type="text"/> Nature :
5 Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait l'objet d'examens spécialisés (biologique, radio, scanner, IRM...)? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date : <input type="text"/> Nature : Resultat : Motif médical :
6 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou celui de l'immunodéficience humaine (HIV)? Si Oui, le résultat a-t-il été positif ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date : <input type="text"/>
7 Etes-vous ou avez-vous été au cours des 10 dernières années sous traitement médical ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date et durée : <input type="text"/> Nom du traitement :
8 Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité pour maladie ou accident ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Motif : Taux : Durée :
9 Envisagez-vous : - Des soins dentaires : orthodontie, prothèses, appareils, bridges, couronnes, implants ? - Une prothèse auditive ? - Une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)? <i>Merci de joindre le devis dentaire ou appareillage auditif.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date : <input type="text"/> Nature : Motif d'hospitalisation :
10 Mode de vie : - Consommez-vous du tabac ? - Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Depuis quand : Nbre de cigarettes/jour : 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 :

Important - Tournez s'il vous plaît pour remplir le questionnaire de santé du conjoint. Un questionnaire santé séparé est à remplir pour les enfants figurant sur votre contrat.

Le questionnaire santé enfant est téléchargeable sur intrapril.

Date :

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



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

Questionnaire de santé Premier Euro



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 sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires 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. 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, Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03.

Etat de santé du conjoint

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Taille : cm Poids : kg

	Oui	Non	
1 Souffrez-vous ou avez-vous au cours des 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="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Nature exacte : Date du diagnostic : <input type="text"/> Traitement : Evolution :
2 Avez-vous été accidenté au cours des 5 dernières années ? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : A-t-il été pris en charge par votre employeur/votre assurance accident : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> Date : <input type="text"/> Nature des lésions initiales : Séquelles :
3 Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné en milieu hospitalier ou assimilé (hôpital, centre de rééducation, cure...)? Au cours des 10 dernières années, avez-vous 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="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date et durée : <input type="text"/> Motif : Si oui précisez : Date : <input type="text"/> Nature : Resultat :
4 Etes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail de plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date et durée : <input type="text"/> Nature :
5 Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait l'objet d'examens spécialisés (biologique, radio, scanner, IRM...)? <i>Merci de joindre les copies des comptes-rendus.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date : <input type="text"/> Nature : Resultat : Motif médical :
6 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou celui de l'immunodéficience humaine (HIV)? Si Oui, le résultat a-t-il été positif ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date : <input type="text"/>
7 Etes-vous ou avez-vous été au cours des 10 dernières années sous traitement médical ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date et durée : <input type="text"/> Nom du traitement :
8 Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité pour maladie ou accident ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Motif : Taux : Durée :
9 Envisagez-vous : - Des soins dentaires : orthodontie, prothèses, appareils, bridges, couronnes, implants ? - Une prothèse auditive ? - Une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)? <i>Merci de joindre le devis dentaire ou appareillage auditif.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Date : <input type="text"/> Nature : Motif d'hospitalisation :
10 Mode de vie : - Consommez-vous du tabac ? - Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui précisez : Depuis quand : Nbre de cigarettes/jour : 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 :

Important - Un questionnaire santé séparé est à remplir pour les enfants figurant sur votre contrat.
 Le questionnaire santé enfant est téléchargeable sur intrapril.

Date :

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



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

Questionnaire de santé Premier Euro Enfant

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 sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires au Médecin Conseil d'APRIL. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL. 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, Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03.

Etat de santé Enfant

Nom : Prénom : Date de naissance :

Taille : cm Poids : kg

	Oui	Non	
1	Souffre-t-il ou a-t-il été atteint au cours des 10 dernières années d'une maladie :		Si oui précisez :
	- Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artériopathie...)?		Nature exacte :
	- Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral...)?		.....
	- Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)?		.....
	- Pulmonaire (asthme, bronchite obstructive, tuberculose...)?		Date du diagnostic : <input type="text"/>
	- Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...)?		Traitement :
	- Endocrinologique (diabète, thyroïde...)?		.....
	- Métabolique (cholestérol, triglycémie...)?		.....
	- 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 ?		.....
Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.			.....
2	A-t-il été accidenté au cours des 5 dernières années ?		Si oui précisez : A-t-il été pris en charge par votre employeur/votre assurance
	Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation.		accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Date : <input type="text"/> Nature des lésions initiales : Séquelles :
3	Au cours des 10 dernières années, a-t-il séjourné en milieu hospitalier ou assimilé (hôpital, centre de rééducation, cure...)?		Si oui précisez :
	Au cours des 10 dernières années, a-t-il bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?		Date et durée : <input type="text"/>
	Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques.		Motif : Si oui précisez : Date : <input type="text"/> Nature : Resultat :
4	Est-il ou a-t-il été en arrêt de travail de plus de 15 jours au cours des 5 dernières années ?		Si oui précisez : Date et durée : <input type="text"/>
5	Au cours des 10 dernières années, a-t-il fait l'objet d'examens spécialisés (biologique, radio, scanner, IRM...)?		Nature : Resultat : Motif médical :
6	A-t-il subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou celui de l'immunodéficience humaine (HIV)?		Si oui précisez : Date : <input type="text"/>
7	Si Oui, le résultat a-t-il été positif ?		
8	A-t-il ou a-t-il été au cours des 10 dernières années sous traitement médical ?		Si oui précisez : Date et durée : <input type="text"/>
9	Envisage-t-il :		Nom du traitement :
	- Des soins dentaires : orthodontie, prothèses, appareils, bridges, couronnes, implants ?		Date : <input type="text"/>
	- Une prothèse auditive ?		Nature :
- Une hospitalisation, une opération, un acte médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...)?		Motif d'hospitalisation :	
Merci de joindre le devis dentaire ou appareillage auditif.			
9	Mode de vie :		Si oui précisez :
- Consomme-t-il du tabac ?		Depuis quand : Nbre de cigarettes/jour :	
- Consomme-t-il de l'alcool ?		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 :

Date :

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

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