

## Demande d'adhésion

### • Assuré :

Nom de l'assuré :

Prénom de l'assuré :

Date de naissance :  /  /  Sexe : Masculin  Féminin

Nationalité :

Pays de destination :

Courriel (e-mail) :

### • Adresse de réception du contrat :

Si vous êtes hébergé temporairement chez quelqu'un, préciser le nom de la personne habitant officiellement à l'adresse que vous nous indiquerez.

Nom de la personne vous hébergeant (facultatif) :

Numéro de la voie :  Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :  /  /  /  /  /  \*

# Welcome Cover

à adresser à : APRIL Mobilité - 106 rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE

- S'il y a lieu, nom et adresse de la personne qui souscrit à la place de l'assuré :

Nom du contractant :

Numéro de la voie :  Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

- Durée et niveau de garantie :

/ Je souhaite adhérer au contrat Welcome Cover à compter du :

et pour :   mois

(maximum 12 mois, sauf si Option 2 dans la tranche 65-79 ans, la durée maximale du contrat est alors de 3 mois).

A l'option 1 (maladie et accident) pour une cotisation de :

A l'option 2 (hospitalisation en cas d'accident ou de maladie) pour une cotisation de :

S'agit-il d'un renouvellement ?  OUI  NON

## Demande d'adhésion (suite et fin)

• *Règlement de la cotisation :*

A cet effet, je joins à la présente mon règlement de :

**Le règlement doit porter sur la totalité de la période souscrite, aucun fractionnement n'est accepté. En cas d'annulation, des frais de 35 7 seront retenus si une Attestation d'assurance ou un Certificat d'adhésion a été émis. Aucune Demande d'adhésion ne pourra être prise en considération si elle n'est pas accompagnée du règlement total de la cotisation par chèque à l'ordre d'APRIL Mobilité ou par carte de paiement.**

En cas de règlement de la cotisation par carte de paiement, merci de remplir les cases ci-dessous (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées) :

Eurocard-Mastercard       Visa

N° de carte :  /  /  /

Date d'expiration :  /

Les 3 derniers chiffres du numéro imprimé au dos (Cryptogramme Visuel) :

En cas d'absence du Cryptogramme ne rien inscrire.

*Je déclare être en bonne santé et ne pas venir spécialement en France métropolitaine, dans les D.O.M. ou en Europe hors Russie pour y être soigné ou hospitalisé. Je reconnais que toute fausse déclaration ou réticence entraînerait la nullité de l'assurance, conformément à l'Article L 113-8 du Code des assurances. Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.*

A..... le.....

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « Lu et Approuvé » :

Pour les enfants de moins de 18 ans, la Demande d'adhésion doit être signée par le père, la mère ou le tuteur légal.

## Profil de santé

À remplir dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée

### EXEMPLE DE DÉLAI MAXIMAL POUR COMPLÉTER LE PROFIL DE SANTÉ :

Si vous partez le 01/07/2005, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2005 et le 30/06/2005

Lisez très attentivement le Profil de santé ci-dessous. L'attention de l'assuré est attirée sur l'importance du présent profil qui doit impérativement, être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, faites une photocopie de ce Profil de santé vierge, complétez-le et adressez-le sous pli cacheté avec la mention « secret médical » à l'attention du médecin conseil GAN c/o APRIL Mobilité à l'adresse suivante : APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE.

Veillez répondre à toutes les questions :

OUI NON

1 - Taille		
2 - Poids		
3 - Etes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Au cours des <b>10 dernières années</b> , avez-vous subi :		
a) une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Au cours des <b>5 dernières années</b> , avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé :		
a) un arrêt de travail de plus d'un mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) un traitement médical de plus d'un mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Au cours des <b>5 dernières années</b> , avez-vous consulté :		
a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB ou VHC (Hépatite B ou C), VIH (Sida) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Est-il prévu que vous alliez <b>dans les 6 prochains mois</b> passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous eu :		
a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie, ... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% de votre régime de protection sociale, pour une affection de longue durée (exonération du ticket modérateur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Welcome Cover

## Profil de santé (suite)

À remplir dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les primes demeurent alors acquises à l'assureur (art. L113-8 du Code des assurances).**

Observation :

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

Exemple :

Pour une opération de l'appendicite, vous avez coché OUI à la case 4. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 4, opération de l'appendicite, 2000, 8 jours d'hôpital. Sans suite.

Observations :

LES COMPAGNIES SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES. *J'autorise le médecin conseil GAN à prendre toutes les informations qu'il jugera nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné(e) ou que j'ai consultés ; j'autorise ces médecins à fournir au médecin conseil GAN tous les renseignements demandés sous pli confidentiel.*

**Vous avez fourni des renseignements vous concernant qui sont susceptibles de figurer dans nos fichiers. Ces renseignements sont exclusivement destinés au médecin conseil et sont traités dans le respect du secret médical. Conformément à la loi du 06/01/1978 (loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès du médecin conseil GAN.**

*Je, soussigné(e), certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations servant de base à l'adhésion au contrat Welcome Cover et j'en prends la responsabilité, même si elles sont écrites par une autre personne.*

A ..... le .....

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « Lu et Approuvé » :

Cachet Assureur-conseil :

SARL EUROP'INFO-ASSUR  
19 rue Lavoisier – BP 32

94451 LIMEIL BREVANNES Cedex

Tél. 01.45.98.36.10  
Fax 01.45.95.96.82

Code APRIL Mobilité : I 3505