

Bénéficiaires de l'indemnisation en cas de décès

mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales (clause 0000001) .

autres (préciser nom, prénom, date de naissance et adresse) :

.....

.....

Questionnaire de souscription

1. Combien de parts (ou d'actions en cas de SA) détenez-vous dans la société ?%
2. Vos cautions personnelles ou sûretés au profit de l'entreprise ont-elles évolué ces 3 dernières années? Pour quelle raison?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je déclare avoir reçu de l'entreprise adhérente la notice des conditions générales valant note d'information référencée GCD 07-03/07 et en avoir accepté les dispositions. Je déclare avoir été parfaitement informé(e) des garanties souscrites par l'entreprise adhérente 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.

Je certifie ne pas avoir souscrit de garanties équivalentes auprès d'un autre organisme.

Je déclare ne pas bénéficier ou ne pas être en cours d'attribution d'une rente ou d'une pension d'invalidité 2e ou 3e catégorie au titre d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, et ne pas être titulaire d'une pension de retraite au titre de l'activité déclarée.

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 Assurances et l'Assureur ou leur mandataire 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 Assurances - 27 rue Maurice Flandin, 69003 Lyon.

APRIL Assurances pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Si je demande que certaines garanties de la présente adhésion soient placées sous le régime fiscal de la loi Madelin N°946126 du 11 février 1994, je joins à cet effet la copie de ma carte d'assuré social et la situation de mon compte retraite. A défaut, j'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes obligatoires d'assurances.

Fait à :

Date :

**Signature du dirigeant
précédée de la mention "lu et approuvé"**



APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
27 rue Maurice Flandin - BP 3261
69403 Lyon Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € à Directoire et Conseil de Surveillance - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr) - Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09

