



APREVI

- Check list -

Bon à savoir ...

- Les garanties santé sont valables :
 - pour les zones A ou B : dans les pays de la zone retenue,
 - pour la zone C : dans le pays de résidence,
 - pour toutes les zones : dans le pays d'origine lors de séjours de moins de 3 mois.Hors de la zone ou du pays de résidence, seuls les frais liés à un accident ou une urgence médicale sont pris en charge lors de séjours de moins de 6 semaines.
- L'âge de l'assuré au 1^{er} janvier de l'année de souscription détermine le tarif appliqué. Pour la tarification famille l'âge retenu est celui de l'adulte le plus âgé.
- L'adhésion à la CFE ne dispense pas du paiement des cotisations aux régimes obligatoires du pays d'expatriation (y compris pour les pays de L'UE).
- La loi du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux données s'applique aux réponses faites dans les documents de souscription. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification des données vous concernant tant auprès de la CFE que d'Aprevi.

Comment composer votre dossier d'adhésion ?

Selon le type de contrat souscrit, votre dossier se composera des feuillets listés ci-dessous (voir numérotation en haut à droite de chacun d'eux) :

	Aprevi Santé			Aprevi Prévoyance ³
	1 ^{er} EUR/USD	Complément CFE	Complément CFE + CFE	
Feuillet 1	✓	✓	✓	✓
Feuillet 2	✓	✓	✓	✓
Feuillet 3	✓			
Feuillet 4		✓	✓	
Feuillet 5			✓	
Feuillet 6				✓
Feuillet 7	✓	✓	✓	✓
Pièces complémentaires éventuelles	✓	✓	✓	✓

Avez-vous joint toutes les pièces complémentaires éventuelles ?

- RIB français et autorisation de prélèvement si vous avez choisi le mode règlement par prélèvement automatique.
- Certification de radiation à une assurance complémentaire afin de supprimer les délais d'attente de certaines garanties.

Pour toute adhésion à la CFE :

- Copie de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport.
- Extrait de naissance ou du livret de famille (si vous n'avez pas de numéro de Sécurité Sociale).
- Attestation de droits de votre précédent régime de Sécurité sociale et, le cas échéant, notification de votre prise en charge à 100% ou de celle de votre ayant droit en bénéficiant.
- RIB français ou IBAN étranger des comptes à débiter ou à créditer.
- Copie des statuts de l'entreprise si vous êtes Directeur de société ou gérant.
- Copie d'un document officiel (livret de famille, etc) mentionnant l'état civil de votre (vos) ayant(s)-droit.
- Certificat de scolarité pour les enfants entre 16 et 20 ans.

En complément pour les salariés :

- Attestation de votre employeur ou copie de votre contrat de travail précisant votre salaire mensuel brut moyen avant toutes déductions sociales et fiscales (primes et indemnités comprises).

En complément pour les non-salariés :

- Justificatif de votre activité professionnelle.
- Justificatif de votre déclaration de revenus professionnels et personnels.



BULLETIN D'ADHÉSION

- Autres assurés -

Je soussigné (NOM, Prénom)
désire inscrire les personnes mentionnées ci-dessous :

Membres de la famille	Nom	Prénom	Date de naissance	N° S.S.
Conjoint/Concubin			___/___/___	_____
Enfant 1			___/___/___	
Enfant 2			___/___/___	
Enfant 3			___/___/___	
Enfant 4			___/___/___	
Enfant 5			___/___/___	

Je prends acte que les garanties proposées font l'objet d'un contrat groupe souscrit par Aprevi :

- contrats frais de santé numéros 080269 et 078741 et leurs déclinaisons souscrits auprès d'Allianz.
- contrats prévoyance numéros 080269/002 et 011 souscrits auprès d'Allianz
- contrat d'assistance-rapatriement convention numéro 611792 souscrit auprès de Mondial Assistance
- contrat d'assurance responsabilité civile numéro 20000421603887 souscrit auprès d'Axa France IARD

Fait à, Le ___/___/___

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»





BULLETIN D'ADHÉSION - Aprevi Santé 1^{er} EUR/USD -

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information, du niveau des garanties et de leur modalité d'application et des tarifs correspondants et les accepte. Je demande mon adhésion au contrat Aprevi Santé et atteste de l'exactitude des renseignements portés ci-dessous :

Zone de couverture géographique

- zone A (Monde entier hors USA)
 zone B (Monde entier hors USA, Canada, Japon, Israël, Suisse)

Formules de garanties

- basic/urgence hospi TTC essentiel essentiel pack 1
 essentiel pack 2 essentiel pack 3 confort confort plus

Option Assistance-Rapatriement

- oui non

Option Responsabilité Civile

- oui non

Mode de paiement, veuillez indiquer le mode de paiement et le fractionnement

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Carte de crédit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvement automatique (compte en France)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le paiement par chèque doit être effectué à l'ordre de GMC Gestion, en indiquant au verso le nom du souscripteur et de son numéro de police d'assurance.

Le prélèvement par carte de crédit (Master Card et Visa uniquement) nécessite un enregistrement de vos coordonnées dans votre environnement sécurisé. Pour le paiement par prélèvement automatique, joindre un relevé d'identité bancaire et l'autorisation de prélèvement.

Cotisations annuelles

Adhérent	EUR/USD
Conjoint/Concubin	EUR/USD
Enfant 1	EUR/USD
Enfant 2	EUR/USD
Enfant 3 (-50 %)	EUR/USD
Enfant 4 & +	GRATUIT

TOTAL SANTÉ	EUR/USD
Assistance-rapatriement	EUR/USD
Responsabilité civile	EUR/USD

TOTAL GÉNÉRAL EUR/USD

Fait à, Le ____/____/____

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»

Conseiller :





BULLETIN D'ADHÉSION - Aprevi Santé Complément CFE -

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information, du niveau des garanties et de leur modalité d'application et des tarifs correspondants et les accepte. Je demande mon adhésion au contrat Aprevi Santé et atteste de l'exactitude des renseignements portés ci-dessous :

Zone de couverture géographique

- zone A : Monde entier hors USA zone B : Monde entier hors USA, Canada, Japon, Israël, Suisse
 zone C : Afrique (Hors Afrique du Sud), Madagascar, Ile Maurice, Seychelles, Comores, Mexique, Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Thaïlande, Vietnam

Formules de garanties

- basic/urgence hospi TTC essentiel essentiel pack 1
 essentiel pack 2 essentiel pack 3 confort confort plus

Option Assistance-Rapatriement

- oui non

Option Responsabilité Civile

- oui non

Mode de paiement, veuillez indiquer le mode de paiement et le fractionnement

	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel
Carte de crédit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvement automatique (compte en France)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le paiement par chèque doit être effectué à l'ordre de GMC Gestion, en indiquant au verso le nom du souscripteur et de son numéro de police d'assurance.

Le prélèvement par carte de crédit (Master Card et Visa uniquement) nécessite un enregistrement de vos coordonnées dans votre environnement sécurisé. Pour le paiement par prélèvement automatique, joindre un relevé d'identité bancaire et l'autorisation de prélèvement.

Adhésion Aprevi Santé Complément CFE

Tarif choisi Isolé Famille

Cotisations annuelles

Santé	EUR/USD
Assistance-rapatriement	EUR/USD
Responsabilité Civile	EUR/USD

TOTAL GÉNÉRAL EUR/USD

J'autorise GMC Gestion à percevoir pour mon compte les remboursements des frais médicaux et d'hospitalisation qui me sont dus par la CFE afin que soit effectué un remboursement unique comprenant les garanties de base et complémentaires.

J'autorise de plus Aprevi et la CFE à échanger toute information nécessaire à l'exécution de mon contrat et m'engage à les avvertir de tout changement de ma situation.

Fait à, Le |_|/|_|/|_|

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»

Conseiller :





BULLETIN D'ADHÉSION - Adhésion CFE - Salariés & Non-Salariés - (En complément d'Aprevi Santé)

Adhésion CFE - Salariés

maladie, maternité, invalidité

- option indemnités journalières, capital décès
- option séjours en France de 3 à 6 mois

accidents du travail - maladies professionnelles

- option voyages d'expatriation aller et retour

Base annuelle choisie EUR

vieillesse (gérée par la CNAV)

Date d'effet souhaitée :

- 1^{er} jour du trimestre civil en cours
- 1^{er} jour du trimestre civil suivant ma demande

Date de début d'activité à l'étranger : / /

Employeur actuel (nom et adresse à préciser) :

.....
.....
.....
.....

Salaire mensuel brut moyen (primes et indemnités comprises)

EUR

Etes-vous directeur ou gérant de société ?

- oui non

Adhésion CFE - Non-salariés

maladie, maternité

- option séjours en France de 3 à 6 mois

Date de début d'activité non-salariée à l'étranger : / /

Activité : artisan commerçant exploitant agricole profession libérale
 autre (à préciser) :

Profession : à titre principal à titre secondaire
Précisez dans ce cas l'activité principale :

Revenus bruts de l'année précédant l'année de la déclaration avant toutes déductions

S'il s'agit de la 1^{ère} année, une cotisation forfaitaire est appliquée, sur la base de la 2^{ème} catégorie de cotisations

	Montant en devise locale	Montant en euros
Revenus professionnels* avant toutes déductions
Revenus fonciers
Revenus mobiliers (actions, placements)
Revenus de toutes natures du conjoint ou concubin
TOTAL DES REVENUS

* Ce montant est vérifiable dans mes livres comptables.

La CFE pourra à tout moment vous demander la justification de vos revenus (Art. D763-1 du code de la Sécurité Sociale).

Attestation de qualité d'ayant droit

(à remplir si le conjoint/concubin n'exerce aucune activité professionnelle et ne bénéficie d'aucune protection sociale)

Je déclare sur l'honneur que mon(a) conjoint(e) ou concubin(e)
est à ma charge totale, effective et permanente depuis le / / , et qu'il (elle) n'exerce aucune activité professionnelle, n'a pas de ressources personnelles, ne bénéficie d'aucune retraite, pension ou rente à titre individuel.

Fait à, Le / /

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»

Conseiller :





BULLETIN D'ADHÉSION - Aprevi Prévoyance³ -

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information, du niveau des garanties et de leur modalité d'application et des tarifs correspondants et les accepte. Je demande mon adhésion au contrat Aprevi Prévoyance³ et atteste de l'exactitude des renseignements portés ci-dessous :

ou

Garantie décès - PTIA toutes causes

Montant : EUR/USD Option n°

Packs (incluant la garantie décès)

Pack décès + Indemnités Journalières seules **OU**

Numéro du pack choisi :

Bénéficiez-vous d'une couverture «arrêt de travail»

Si oui, de quel type : SS/CFE, assureur local, régime social local ... ?

Pack décès + Indemnités Journalières + Rente Invalidité

Franchise : 60 jours **OU** 90 jours

Oui Non

Clause bénéficiaire en cas de décès :

1^{ère} formule

En cas de décès, le capital sera attribué :

- au conjoint, non divorcé ni séparé de droit de l'Assuré marié, ou à la personne liée par un PACS,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants ou à ses frères et soeurs s'il n'en a pas,
- à défaut, les père et mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers par parts égales entre eux.

2^{ème} formule

Je n'opte pas pour la 1^{ère} formule et désigne comme bénéficiaires

.....
.....
.....
.....

En optant pour la 2^{ème} formule, l'Assuré devra prévoir plusieurs bénéficiaires successifs et indiquer la part revenant à chacun et terminer la désignation par : à défaut mes héritiers.

Option : Rente éducation

Cette option peut s'ajouter à la garantie décès ou à un pack (incluant la garantie décès).

Option choisie (indiquer le n° de l'option)

Cotisations annuelles

Garanties décès-PTIA toutes causes EUR/USD

Pack décès + Indemnités Journalières seules EUR/USD

Pack décès + Indemnités Journalières + Rente Invalidité EUR/USD

Rente éducation EUR/USD

TOTAL EUR/USD

Mode de paiement, veuillez indiquer le mode de paiement et le fractionnement

	Annuel	Semestriel	Trimestriel
Carte de crédit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvement automatique (compte en France)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le paiement par chèque doit être effectué à l'ordre de GMC Gestion, en indiquant au verso le nom du souscripteur et de son numéro de police d'assurance.

Le prélèvement par carte de crédit (Master Card et Visa uniquement) nécessite un enregistrement de vos coordonnées dans votre environnement sécurisé. Pour le paiement par prélèvement automatique, joindre un relevé d'identité bancaire et l'autorisation de prélèvement.

Fait à, Le ____/____/____

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»

Conseiller :



Aprevi Prévoyance³ est distribué par : ASSINTER - Assurances internationales
Siège social : 120, Avenue des Champs Elysées - F-75008 Paris - Service commercial : Tél 33 (0)1 42 56 16 41
Etablissement secondaire : 939, Rue de la Croix Verte - CS 54462 - F-34198 Montpellier cedex 5
SARL de courtage d'assurance au capital de 28 580 EUR - RCS Paris 491 144 150
RC professionnelle & garantie financière conformes aux articles L-530-J et L-530-2 du code des assurances



APREVI

Questionnaire de santé commun santé/prévoyance

Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne à assurer. **En cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessous, merci d'apporter toutes les précisions utiles (date, motif, suite ou séquelles, nature du traitement, durée ...)** sur la feuille complémentaire jointe datée et signée. Merci également de joindre les copies de tout document utile (comptes-rendus opératoires ou histologiques, certificat médical ...).

Pour des raisons de confidentialité, il vous est possible de transmettre ce questionnaire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin conseil.

A partir de la question n°2, merci de répondre par oui ou non dans chaque case correspondante :

	Titre	Adhérent	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
1	Taille (en cm) Poids (en kg) Tension
2	Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle ?						
3	Avez-vous subi ou devez-vous subir une (des) intervention(s) chirurgicale(s), autres qu'appendicite, amygdales ou végétations ?						
4	Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on prescrit un arrêt de travail ou un traitement de plus de trois semaines ?						
5	Avez-vous reçu des soins ou subi des examens au cours des cinq dernières années, ayant entraîné un séjour dans un établissement médical (hôpital, clinique, maison de repos, de rééducation, diététique, de cure, sanatorium ...) ?						
6	Au cours des cinq dernières années avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes : maladies neuro-biologiques ou psychiatriques (y compris dépression), maladies ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales), cancer, leucémie ou autre maladie du sang ?						
7	Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus des hépatites ou à l'un des virus de l'immuno-déficience humaine ? Si oui : indiquez le résultat.						
8	Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ?						
9	Êtes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse ?						
10	Avez-vous été accepté(e) à des conditions spéciales ou refusé(e) au titre d'un contrat d'assurance sur la vie ?						

Je, soussigné, certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions médicales ci-dessus, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur, étant entendu que les articles L 113-8 et 9 du Code des assurances prescrivent la nullité du contrat et la réduction des garanties s'il est fait preuve d'une fausse déclaration (article L 132-2 du Code des assurances).

Après acceptation de l'assureur (sachant qu'en fonction de vos déclarations des pièces médicales complémentaires pourront vous être demandées) il sera établi un certificat d'adhésion concrétisant vos conditions de garanties et de cotisation.

Fait à, Le ____/____/____

Signature de la personne à assurer précédée de la mention «Lu et approuvé»

