

Votre Adhésion :

APICIL DEPENDANCE

CNP ASSURANCES
avec Conseil d'administration, au capital de 686 618 477 € entièrement libéré,
entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est 4 place Raoul Dautry -
75015 Paris - Tél : 01 42 18 88 88, immatriculée au Registre du Commerce
et des Sociétés de Paris sous le numéro 341 737 062.



GROUPE APICIL
38 RUE FRANÇOIS PEISSEL
BP 99
69644 CALUIRE ET CUIRE CEDEX

APICIL DEPENDANCE

Bulletin d'adhésion

À remplir par votre conseiller ou vous-même	Merci de retourner votre bulletin d'adhésion complété, daté, signé et accompagné des documents mentionnés.	Réservé à APICIL
PIÈCES OBLIGATOIRES		
<input type="checkbox"/>	Mandat de prélèvement complété et signé	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Relevé d'Identité Bancaire (RIB)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Déclaration d'état de santé complétée et signée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copie de votre Carte Nationale d'Identité recto/verso ou passeport (en cours de validité)	<input type="checkbox"/>
PIÈCES SUPPLEMENTAIRES SELON DOSSIER		
<input type="checkbox"/>	En fonction de vos réponses à la Déclaration d'état de santé, Questionnaire médical complété et signé (à nous retourner avec votre dossier d'adhésion dans une enveloppe cachetée comme mentionné)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	En cas de non correspondance entre l'adresse de la pièce d'identité et l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion : Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, service des eaux ou téléphone fixe)	<input type="checkbox"/>

Bulletin d'Adhésion

APICIL DEPENDANCE

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (À REMPLIR PAR L'ASSURÉ ET PAR SON CONJOINT)

JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR RÉPONDEZ EN COCHANT LA CASE CORRESPONDANTE	ASSURÉ	CONJOINT
1 - Êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2 - Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins un des quatre actes ordinaires de la vie courante (s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3 - Avez-vous perçu une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité supérieur à 40 % ou êtes-vous actuellement bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou êtes-vous en cours de reconnaissance d'invalidité ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4 - Bénéficiez-vous d'une pension vieillesse pour inaptitude au travail ou en avez-vous bénéficié ou avez-vous fait la demande pour en bénéficier ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5 - Avez-vous bénéficié d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maladie par la Sécurité Sociale (exonération du ticket modérateur) ou en bénéficiez-vous ou en avez-vous fait la demande pour en bénéficier ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
6 - Avez-vous au cours des 5 dernières années : ■ été hospitalisé(e) plus de 7 jours consécutifs ? ■ été en arrêt de travail de plus de 3 mois consécutifs ? ■ suivi un traitement médicamenteux d'une durée supérieure à 1 mois ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
7 - Avez-vous été suivi(e) ou êtes-vous suivi(e) pour un handicap ou une affection rhumatologique ou neurologique ou psychique ou cardiaque ou vasculaire ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI au moins à l'une des sept questions posées ci-dessus, remplissez le questionnaire médical.

L'ADHÉRENT(E)/L'ASSURÉ(E)

Date :

Signature :

MON (MA) CONJOINT(E)

Date :

Signature :

ANNULATION DE COMMANDE (Code de la consommation, articles L. 121-23 à L. 121-26)

Si vous annulez votre commande, suite à démarchage à domicile, vous pouvez utiliser ce formulaire détachable.

Conditions

Si vous souhaitez annuler votre demande d'adhésion :

- Complétez et signez ce formulaire

- Merci de l'envoyer **par lettre recommandée avec avis de réception** à l'adresse figurant au verso, et pour rappel :

Groupe APICIL, 38 rue François Peissel – BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex

- Vous devez l'expédier **au plus tard le septième jour à partir du jour de la commande** ou, si ce délai **expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.**

Je soussigné(e), déclare annuler la demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **APICIL DEPENDANCE**

Nom et Prénom de l'adhérent :

Date de signature du bulletin d'adhésion

...../...../.....

Date et signature de l'adhérent :

RENONCIATION

Par ailleurs, vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours à compter de votre premier versement, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à **Groupe APICIL, 38 rue François Peissel – BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex**

Vous pouvez cependant, si vous le souhaitez, utiliser le bordereau ci-dessus.

Bulletin d'Adhésion

APICIL DEPENDANCE

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (À REMPLIR PAR L'ASSURÉ ET PAR SON CONJOINT)

JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR <i>RÉPONDEZ EN COCHANT LA CASE CORRESPONDANTE</i>	ASSURÉ	CONJOINT
1 - Êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2 - Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins un des quatre actes ordinaires de la vie courante (s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3 - Avez-vous perçu une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité supérieur à 40 % ou êtes-vous actuellement bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou êtes-vous en cours de reconnaissance d'invalidité ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4 - Bénéficiez-vous d'une pension vieillesse pour inaptitude au travail ou en avez-vous bénéficié ou avez-vous fait la demande pour en bénéficier ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5 - Avez-vous bénéficié d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maladie par la Sécurité Sociale (exonération du ticket modérateur) ou en bénéficiez-vous ou en avez-vous fait la demande pour en bénéficier ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
6 - Avez-vous au cours des 5 dernières années : <ul style="list-style-type: none"> ■ été hospitalisé(e) plus de 7 jours consécutifs ? ■ été en arrêt de travail de plus de 3 mois consécutifs ? ■ suivi un traitement médicamenteux d'une durée supérieure à 1 mois ? 	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
7 - Avez-vous été suivi(e) ou êtes-vous suivi(e) pour un handicap ou une affection rhumatologique ou neurologique ou psychique ou cardiaque ou vasculaire ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI au moins à l'une des sept questions posées ci-dessus, remplissez le questionnaire médical.

L'ADHÉRENT(E)/L'ASSURÉ(E)

Date :

Signature :

MON (MA) CONJOINT(E)

Date :

Signature :

