

38 rue François Peissel - BP 198 - 69648 Caluire et Cuire cedex - Tél. : 0 825 560 600 - Fax : 04 26 23 80 03

### ENTREPRISE

N° adhérent .....

Raison sociale .....  
 Adresse .....  
 Code postal ..... Ville .....  
 Lieu de travail ou établissement de rattachement .....  
 Type de contrat choisi par l'entreprise : Prévoyance  Frais de santé

### SALARIÉ

Numéro de sécurité sociale

Nom ..... Nom de jeune fille ..... Prénom .....  
 Né(e) le ..... à ..... Nationalité .....  
 Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Vie maritale  PACS Nombre d'enfants à charge .....  
 Adresse .....  
 Code postal..... Ville .....  
 Type de contrat collectif à adhésion facultative choisi par le salarié : APICIL Plan Dépendance  Renfort Santé

### CATEGORIE D'EMPLOI

Date d'entrée ou de promotion : ..... Salaire brut annuel : .....

Cadre  Article 36  Employé  Ouvrier  Autre : .....  
 Critères particuliers et objectifs du contrat tels que définis par la circulaire sociale n°DSS/5B/2005396.  
 CDD  Autre : .....

### RADIATION

Date de sortie : ..... Motif : .....

### FRAIS DE SANTÉ

**PIECES A JOINDRE**, si votre contrat prévoit cette garantie :

- Un relevé d'identité bancaire,
- Une photocopie de l'attestation de droit accompagnant votre carte Vitale et une photocopie de celle de vos ayants droit Sécurité sociale âgés de plus de 16 ans,
- Un certificat de vie commune ou une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de vie commune (facture de téléphone ou d'EDF, photocopie du bail ou RIB établis aux deux noms),
- Un certificat de scolarité ou d'apprentissage, pour les enfants de plus de 21 ans poursuivant leurs études,
- Copie du jugement du tribunal pour les partenaires liés par un PACS.

#### SERVICE NOEMIE

Vous bénéficiez gratuitement du service Noémie pour vous et vos ayants droit figurant sur l'attestation de droit accompagnant votre carte Vitale. Ce service vous permet d'obtenir automatiquement vos remboursements complémentaires dès le traitement par la sécurité sociale. Si votre conjoint et ses éventuels ayants droit, ou vos enfants de plus de 16 ans, ne sont pas couverts par une autre mutuelle, ils peuvent bénéficier de ce service en nous adressant une copie de leur propre attestation de droit 31/10/2006.

En cas de contrat de type isolé - couple - famille, veuillez préciser votre choix :  Isolé  Couple  Famille

#### FLEX SANTÉ :

**Oui, j'adhère au programme de fidélisation du Groupe APICIL.**

Dans ce cadre, j'autorise le recueil, l'analyse et le traitement par APICIL Gestion des données me concernant et conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour ces informations, en m'adressant à APICIL Gestion - 38 rue François Peissel - BP 198 - 69648 Caluire et Cuire cedex.

**Non, je ne souhaite pas adhérer au programme de fidélisation du Groupe APICIL.**

#### SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Nous certifions exactes les indications portées sur cette demande.  
 Fait à : ..... le : .....  
 Cachet et signature de l'employeur :

#### SIGNATURE DU SALARIÉ

Je soussigné(e) certifie complets et exacts les renseignements portés sur cette demande.  
 Fait à : ..... le : .....  
 Signature :

Personne à contacter pour tout renseignement fourni sur ce bulletin : ..... N° de téléphone : .....

# CONSEILS PRATIQUES

La qualité des renseignements fournis nous permettra de traiter plus rapidement votre affiliation et d'ouvrir vos droits.

## QUAND ET POURQUOI NOUS TRANSMETTRE CETTE DEMANDE ?

**Lors de chaque modification intervenue au sein de votre effectif :** embauche, départ, promotion, changement de situation de vos salariés lorsque la date d'effet a un impact sur l'assiette des cotisations ou le bénéfice de certains contrats.

Cette modification précitée doit nous être adressée dans **la semaine qui suit**.

Nous attirons votre attention sur l'importance et la précision de ces informations qui nous permettent :

- **d'ouvrir au plus tôt les droits à prestations de vos salariés** bénéficiaires des contrats,
- **d'interrompre le versement de prestations aux salariés ayant quitté votre entreprise**, ou qui ne bénéficient plus des contrats au regard de leur nouvelle situation.

## QUE NOUS TRANSMETTRE AU MOYEN DE CETTE DEMANDE ?

### Le numéro de Sécurité Sociale :

Pour ouvrir les droits à prestations, il est indispensable de nous indiquer un numéro exact et complet.

Nous ne traitons pas les numéros provisoires délivrés par la Sécurité Sociale.

Si vous êtes dans l'impossibilité de nous transmettre le numéro complet et définitif, indiquez la date et le lieu de naissance.

### Les entrées ou les départs de vos salariés :

Indiquez la date et le motif correspondant, par exemple : démission, fin de contrat, départ en congé sans solde...

## CONFIDENTIALITE DES INFORMATIONS

**Les informations concernant vos salariés et contenues dans nos fichiers ne seront transmises qu'aux services et organismes expressément habilités à les connaître.**

**Celles-ci pourront être rectifiées conformément aux Art. 34 et suivants de la loi Informatique et Libertés N° 78-17 du 6/01/1978.**





# APICIL

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

à remplir obligatoirement et à joindre à la demande d'affiliation.

(Le participant doit répondre, par OUI ou par NON, sans rature ni surcharge à chaque question)

Nom - Prénom .....  
 Profession ..... Né(e) le .....

Taille ..... Poids ..... Droitier  Gaucher

Votre tension artérielle :  inconnue  connue Mini : ..... Maxi : ..... Date de la dernière prise .....

Acuité visuelle avant correction : Oeil Droit : ..... / 10 Oeil Gauche : ..... / 10 Si correction, joindre ordonnance.

Pratiquez-vous un sport ?  OUI  NON lequel : ..... en compétition :  OUI  NON

Fumez-vous ?  OUI  NON Nombre de cigarettes / jour : .....

Consommez-vous de l'alcool ?  OUI  NON Nombre de verres / jour : .....

En cas de réponse positive, donnez les précisions en utilisant si nécessaire une feuille annexe, le tout sous pli confidentiel fermé.

	OUI	NON	
1 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Depuis quelle date :
2 - Avez-vous dû interrompre aux cours des 10 dernières années votre travail plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motifs : Date : Durée :
3 - Vous a-t-on prescrit ou avez-vous subi un ou plusieurs traitements médicaux ou régime au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : Date :
4 - Vous a-t-on prescrit ou avez-vous subi au cours des 10 dernières années des examens médicaux, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : Motifs : Dates :
5 - Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date prévue : Motifs :
6 - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine ou sérologie anticorps anti-hépatite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : Résultats : Date :

Avez-vous eu au cours des 10 dernières années ou êtes-vous atteint d'une ou plusieurs affections suivantes :

7 - <b>cardio-vasculaire</b> (hypertension, infarctus, varices, artérite, phlébite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :
8 - <b>respiratoire</b> (asthme, allergie, bronchite, tabagisme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :
9 - <b>neurologique ou psychiatrique</b> (anxiété, surmenage, dépression nerveuse, épilepsie, vertige, spasmodie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :
10 - <b>digestive</b> (gastrite, ulcère, colite, hépatite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :
11 - <b>rénale, urinaire et gynécologique</b> (coliques néphrétiques, sang ou sucre dans les urines, infection urinaire, fibrome...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :
12 - <b>endocrinienne, métabolique</b> (diabète, goitre, cholestérol, triglycérides...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :
13 - <b>ostéoarticulaire</b> (fracture, arthrose, douleur vertébrale, sciatique, tassement vertébral, hernie discale...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :
14 - <b>sanguine ou ganglionnaire</b> (anémie, hémorragie, atteinte de la rate...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :
15 - <b>infectieuse</b> (paludisme, brucellose, hépatite, maladie sexuellement transmissible...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :
16 - <b>autres affections</b> (maladie de peau, atteinte de la vision, de l'audition, malformation, hernie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Date : séquelles :

17 - Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou avez-vous des séquelles d'accident, de maladie, de chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature : Motif médical :
- Etes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : Taux :
18 - Avez-vous été exempté ou réformé du service national ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motif :
19 - votre profession comporte-t-elle des activités particulières ou dangereuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles :
20 - Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une exclusion ou d'une surprime lors d'une demande d'assurance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi : Date :

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours. Si la prise d'effet des garanties devait intervenir ultérieurement, la décision de l'institution pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités médicales. Toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle ou de nature à atténuer l'importance du risque, entraîne la nullité du contrat (art.L113.8 du code des assurances).

J'atteste l'exactitude et la sincérité des réponses que j'ai formulées et n'avoir rien dissimulé qui puisse tromper l'assureur.

Fait à :

le :

Signature du participant

Précédée de la mention « lu et approuvé »

**CONFIDENTIEL**

**SECRET MEDICAL**

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire médical, merci de transmettre sous pli cacheté la demande individuelle d'affiliation avec le questionnaire médical à :

**Groupe APICIL  
A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL**

Nom de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise : .....