

assurance de prêt

Demande d'adhésion 2014

Irrévocabilité des garanties
Maintien du tarif



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Etes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance ? Oui Non Dossier HAMON (HM2AD2)

Réf. produit : 4010 5015 5008 3030 2020 1515 1212 0808

fax transmis le : n° adhérent : n° de l'assureur-conseil : 87825

Adhérent : (si différent de l'Assuré 1)

Raison sociale / Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Pour les professionnels, l'adhérent est obligatoirement la société (SARL...) ou l'entrepreneur individuel (profession libérale, gérant, artisan, commerçant...)

Je souhaite recevoir mon attestation de paiement à la période de mon bilan comptable soit du au

ASSURÉ 1 : M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession exacte :

Secteur d'activité :

Statut :

Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A

Profession libérale

Non Cadre / Fonctionnaire

Commerçant / Artisan

Gérant d'une entreprise ≥ 5 salariés (hors BTP gros-oeuvre et agricole)

Exploitant Agricole

Intérimaire / Saisonnier

Sans profession

Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale

Retraité Non Cadre / Non profession libérale

Autres :

Nombre de kilomètres professionnels/an⁽¹⁾ :

- 20 000 km/an + 20 000 km/an

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?⁽²⁾

Oui Non

Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?

Oui Non

Déplacement(s) à l'étranger pour raisons professionnelles (hors UE, EEE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande)

Oui Non

Si oui, pays :

ASSURÉ 2 : M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession exacte :

Secteur d'activité :

Statut :

Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A

Profession libérale

Non Cadre / Fonctionnaire

Commerçant / Artisan

Gérant d'une entreprise ≥ 5 salariés (hors BTP gros-oeuvre et agricole)

Exploitant Agricole

Intérimaire / Saisonnier

Sans profession

Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale

Retraité Non Cadre / Non profession libérale

Autres :

Nombre de kilomètres professionnels/an⁽¹⁾ :

- 20 000 km/an + 20 000 km/an

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?⁽²⁾

Oui Non

Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?

Oui Non

Déplacement(s) à l'étranger pour raisons professionnelles (hors UE, EEE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande)

Oui Non

Si oui, pays :

(1) En véhicule terrestre à moteur, hors trajet domicile/travail.
(2) Toutes activités quotidiennes de manipulation et/ou de déplacement d'objets/marchandises de plus de 15 kg.

Adresse actuelle de résidence⁽³⁾ :

Code Postal : Ville : Pays :

Email Assuré 1⁽⁴⁾ :

Email Assuré 2⁽⁴⁾ :

Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 1 : Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 2 :

Adresse future de résidence⁽³⁾ :

Code Postal : Ville : Pays : Date prévue de déménagement :

(3) Lieu d'habitation de plus de 6 mois par an.
(4) J'accepte que les informations relatives à mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse email. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	
Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années y compris des cigarettes électroniques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pratiquez-vous l'un des sports de la liste spécifique (page 6), en tant que membre d'une fédération ou d'un club et/ou en compétition ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, le(s)quel(s) : Assuré 1 :
Souhaitez-vous être garanti(e) pour ce(s) sport(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Assuré 2 :

Caractéristique(s) de l'Assurance : Date de début de l'assurance (date de signature de l'offre de prêt)* :

* Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance.

Pour les prêts	Prêt(s) n°	Prêt(s) n°
Organisme prêteur Raison sociale / Nom
Adresse <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Email
Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez :		
Adresse
Code Postal et Ville <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Email
Téléphone <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si vous désignez un bénéficiaire différent de l'organisme prêteur, remplissez l'annexe 1 pour l'option prévoyance ou l'annexe 2 en cas de clause spécifique (clause séquestre).

Objet du financement : Résidence principale Prêt professionnel Prêt à la consommation Autres :

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Date de déblocage des fonds	Taux d'intérêt
1 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers* <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
2 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers* <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
3 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers* <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre* :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable

Pour les prêts à paliers	Prêt 1		Prêt 2		Prêt 3	
	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers
1 ^{er} palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
2 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
3 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
4 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois

*Pour éviter toute erreur de cotisation pour les prêts à paliers, les prêts à taux zéro et les prêts de type « autre », joindre une copie du tableau d'amortissement ou du projet de financement.

Vos garanties et vos cotisations	ASSURÉ 1			ASSURÉ 2		
	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
Décès/PTIA (DC/D1) (Garantie obligatoire) % ⁽¹⁾ % ⁽¹⁾ % ⁽¹⁾ % ⁽¹⁾ % % ⁽¹⁾
ITT/IPT (AT/A1) % ⁽¹⁾ 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % ⁽¹⁾ 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % ⁽¹⁾ 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % ⁽¹⁾ 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % ⁽¹⁾ 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % ⁽¹⁾ 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j
Option Confort (AT/A1 - niveau 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option Confort + (AT/A1 - niveau 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPP (IL/L1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité Spéciale Professions Médicales (IP/P1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantie Chômage (CH) ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) La quotité assurée ne doit pas dépasser 100% du montant du prêt.

(2) Pour adhérer à cette garantie il est nécessaire de compléter l'attestation en annexe 4.

Montant total de la cotisation indiqué sur votre étude personnalisée : € TTC (sous réserve d'acceptation par APRIL Santé Prévoyance)
--	---

Référence
Unique de
Mandat :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(Ne pas compléter)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR 8 5 ASP 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom* : _____

Votre prénom* : _____

Adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____

Pays* : _____

Les coordonnées de votre compte* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

FR _____

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement* : Paiement récurrent
 Paiement ponctuel

Signé à* : _____

Date* : ____ / ____ / _____

Signature(s)* : _____

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.

Paiement par prélèvement automatique Périodicité : Mensuelle* Trimestrielle* Semestrielle* Annuelle * 16 € minimum

Indiquez le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois : ____

Cotisation à l'Association des Assurés d'APRIL : 0,80 €/mois (Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés d'APRIL).

Frais de dossier : 20 € (Ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant chez APRIL Santé Prévoyance)

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de PREVOIR-Vie et PREVOIR-Risques divers (PRE2013P01 et PRE2013P02) pour les garanties Assurance de prêt APRIL et d'ACE Group (BOAPA00325) pour la Garantie Chômage. A ce titre, je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL (www.associationdesassuresapril.fr).

Je déclare avoir pris connaissance des Notices valant conditions générales, référencées PRT 14-07/14 pour les garanties d'Assurance de Prêt APRIL, GCH 13-10/13 pour la Garantie Chômage, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. J'atteste notamment être informé(e) que je peux renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de mon certificat d'adhésion, conformément aux Notices et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans les Notices. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Notices applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencées ci-dessus.

Je suis informé(e) que les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de ma demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par APRIL pour les besoins de l'étude, la proposition, la souscription et la gestion de vos contrats d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires. Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres d'APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux. A ces fins, des données sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données.

Pour mesurer et améliorer notre qualité de service, vos échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec notre société sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels des données vous concernant ne peuvent être communiquées qu'à APRIL et à nos prestataires. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, notre société met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en oeuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gels des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL (à l'adresse sus-mentionnée).

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association des Assurés d'APRIL.

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Fait à _____ le ____

La signature de l'Adhérent
(si différent de l'assuré 1)
précédée de la mention "lu et approuvé"

X

La signature de l'Assuré 1 précédée
de la mention "lu et approuvé"

X

La signature de l'Assuré 2 précédée de
la mention "lu et approuvé"

X

Cachet et visa de l'assureur-conseil

 **PRËTIA Finances**
Courtage en pré et assurances

SAS FINANCIERE DU MAZERAND
RCS VILLEFRANCHE 801 402 686
APE 6622Z - Orias n° 14003423

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ NE POURRA ÊTRE ÉTUDIÉE.

APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

LES FORMALITÉS MÉDICALES À ACCOMPLIR - ADP APRIL

Les formalités médicales demandées dépendent du capital assuré par personne et non pas du capital total emprunté.

CAPITAL	AGE	45 ans ou moins	De 46 ans à 54 ans	De 55 ans à 64 ans	De 65 ans à 80 ans
De 18 000 € ⁽¹⁾ à 100 000 €		Déclaration d'État de Santé	Questionnaire de Santé	Questionnaire de Santé	
De 100 001 € à 250 000 €				Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 2 + à partir de 300 001 € pour les non fumeurs : dosage de la cotinine urinaire	
De 250 001 € à 300 000 €					
De 300 001 € à 500 000 €					
De 500 001 € à 1 000 000 €				Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 1 + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 2 + à partir de 300 001 € pour les non fumeurs : dosage de la cotinine urinaire	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 2 + à partir de 300 001 € pour les non fumeurs : dosage de la cotinine urinaire
De 1 000 001 € à 1 600 000 €	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 4 + Chimie des urines + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 3 + Chimie des urines + Rapport Cardiovasculaire avec tracé de l'ECG + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs			
De 1 600 001 € à 2 200 000 €	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 4 + Chimie des urines + Rapport Cardiovasculaire avec tracé de l'ECG + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs + Questionnaire Financier	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 3 + Chimie des urines + Rapport Cardiovasculaire avec tracé de l'ECG + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs + Questionnaire Financier		Nous consulter	
De 2 200 001 € à 4 600 000 € ⁽²⁾	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 4 + Chimie des urines + Rapport Cardiovasculaire avec tracé de l'ECG + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs + Formalités financières	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 3 + Chimie des urines + Rapport Cardiovasculaire avec tracé de l'ECG + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs + Formalités financières		Nous consulter	

(1) Dès 7 500 € à partir de 55 ans.

(2) Au delà de 4,6 millions et jusqu'à 15 millions d'euros, nous consulter.

- **Profil Sanguin 1** : Bilan lipidique : Cholestérol total, H.D.L., L.D.L., Rapport Cholestérol total / H.D.L., Triglycérides + Glycémie à jeun + Sérologies HIV 1 et 2 + Sérologies des anticorps anti-HCV (Hépatite C)
- **Profil Sanguin 2** : Bilan lipidique : Cholestérol total, H.D.L., L.D.L., Rapport Cholestérol total / H.D.L., Triglycérides + Glycémie à jeun + Sérologies HIV 1 et 2 + Sérologies des anticorps anti-HCV (Hépatite C) + Numération Formule Sanguine + Protéine C réactive + Acide urique + Créatinine + TSH + T4 libre + Bilan enzymatique hépatique : Transaminases SGOT et Transaminases SGPT, Gammas GT, PSA (pour les hommes)
- **Profil Sanguin 3** : Bilan lipidique : Cholestérol total, H.D.L., L.D.L., Rapport Cholestérol total / H.D.L., Triglycérides + Glycémie à jeun + Sérologies HIV 1 et 2 + Sérologies des anticorps anti-HCV (Hépatite C) + Numération Formule Sanguine + Protéine C réactive + Acide urique + Créatinine + TSH + T4 libre + Bilan enzymatique hépatique : Transaminases SGOT et Transaminases SGPT, Gammas GT, PSA (pour les hommes) + Sérologies des antigènes HBs (Hépatite B)
- **Profil Sanguin 4** : Bilan lipidique : Cholestérol total, H.D.L., L.D.L., Rapport Cholestérol total / H.D.L., Triglycérides + Glycémie à jeun + Sérologies HIV 1 et 2 + Sérologies des anticorps anti-HCV (Hépatite C) + Numération Formule Sanguine + Protéine C réactive + Acide urique + Créatinine + TSH + T4 libre + Bilan enzymatique hépatique : Transaminases SGOT et Transaminases SGPT, Gammas GT + Sérologies des antigènes HBs (Hépatite B)
- **Rapport Cardiovasculaire** : Rapport médical Cardiovasculaire établi par un cardiologue avec un électrocardiogramme et son compte-rendu
- **Chimie des urines** : Dosages de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines
- **Formalités financières** : Questionnaire financier, copie du projet d'acte de prêt, attestation de la banque avec montant du prêt, garanties et quotités souscrites ; pour les prêts personnels : avis d'imposition des deux dernières années ; pour les prêts professionnels: liasses fiscales des deux dernières années de la société, si la société est liée à un groupe: l'organigramme du groupe, les comptes consolidés certifiés des deux dernières années et le compte prévisionnel de la société sur 3 ans.

● **Remboursement des frais médicaux**

Les frais d'examen médicaux engagés par l'assuré seront remboursés par APRIL Santé Prévoyance : une fois l'adhésion effective ou en cas de refus de la part d'APRIL Santé Prévoyance.

En cas de proposition d'adhésion sous condition de la part d'APRIL Santé Prévoyance : si vous réglez directement les frais médicaux, faites-nous parvenir une facture originale acquittée par le praticien.

● **En revanche, les frais resteront à la charge de l'assuré dans les cas suivants :**

- les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Santé Prévoyance
- l'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.

PROFESSIONS EXCLUES

Si vous exercez l'une de ces professions, l'Assurance de Prêt Solutions a été conçue pour couvrir les risques spécifiques, renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil.

Convoyeur de fonds, Travail de la mine ou souterrain ou galeries, Guide de haute montagne/moniteur de ski, Marin pêcheur, Surveillance armée/maintien de l'ordre, Pompier professionnel, Militaire, Sportif professionnel (y compris les sports avec usage d'un véhicule à moteur), Artificier/usage d'explosifs, Artiste de cinéma ou de télévision/intermittent du spectacle/professionnel du cirque...

Cette liste est non exhaustive

SPORTS SPÉCIFIQUES

Vous pouvez vous assurer pour la pratique des sports spécifiques suivants si vous êtes membre d'une fédération ou d'un club et/ou si vous participez à des compétitions.

SPORTS EN TARIFICATION IMMÉDIATE⁽¹⁾

Attelage, Courses de trot, Manège équestre, Polo, Courses de plat, Débourage, Courses de sauts d'obstacles, Canyoning, Rafting, Spéléologie, Pêche au gros, Enduro, Moto cross, Quad en compétition, Trial

SPORTS SPÉCIFIQUES SOUMIS À ÉTUDE⁽²⁾

- **Sports équestres** : concours complet, cross country, courses hippiques, endurance à cheval, marathon d'équitation, rodéo
- **Sports automobiles et moto** : formules 1, 3 ou 3000, rallyes, courses de côtes, courses sur circuit, stock car, épreuves sur glace, dragster, hot rod, raid, speed way, épreuves de vitesse, endurance, motoneige en compétition, karting en compétition
- **Sports de montagne** : alpinisme, randonnée haute montagne (+ 3 000 m), escalade de niveau > 5, trekking, bobsleigh, skeleton, ski/surf hors pistes, vélo ski, luge sur glace
- **Sports nautiques** : plongée en apnée profondeur supérieure à 20 m, plongée en scaphandre profondeur supérieure à 40 m, navigation au-delà de 20 miles nautiques des côtes, courses de hors bord, courses d'Offshore, catamaran, voile (longue traversée)
- **Sports de combat** : boxe américaine, anglaise, française, birmane, thaï (kick boxing), full contact
- **Sports aériens** : aviation, deltaplane, hélicoptère, montgolfière avec compétition, parachutisme, parapente, planeur, ULM, vol à voile, voltige et autres sports aéronautiques
- **Sports divers** : saut à l'élastique, VTT de descente en compétition

(1) Tarification immédiate par votre assureur-conseil.

(2) Pour être garanti pour la pratique de l'un de ces sports, remplissez le questionnaire sportif disponible sur april.fr (page assurance de prêt). Une étude personnalisée sera réalisée.

ANOTER : Les sports non listés sont couverts.

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.

Suite à l'enregistrement de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'adhérent comprenant :

- votre certificat d'adhésion (le détail de vos garanties)
- votre échéancier de cotisations (vos cotisations sur toute la durée du prêt)
- le guide de l'assuré (informations pratiques)

Votre délégation de bénéficiaire* est transmise directement à votre prêteur (via fax, courrier ou email) ainsi votre prêt pourra être débloqué au plus tôt.

*Délégation de bénéficiaire : document résumant vos garanties et le capital assuré.

A NOTER :

- Le capital décès ou les échéances de votre prêt en cas d'incapacité (si cette garantie a été souscrite) sont remboursés au prêteur
- le prêteur devient bénéficiaire acceptant de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt
- toute modification du contrat doit se faire avec l'accord du prêteur car il est bénéficiaire acceptant.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par PREVOIR-Vie et PREVOIR-Risques Divers (Assurance de prêt APRIL) et ACE Group (Garantie Chômage).



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.



ANXPREV

SI LE BÉNÉFICIAIRE EST UNIQUEMENT L'ORGANISME PRETEUR NE PAS COMPLÉTER CETTE ANNEXE**ANNEXE 1 - OPTION PRÉVOYANCE****COMPLÉTER LES 3 ENCADRÉS****1 - CHOIX DES MODALITÉS DE L'OPTION****EN COMPLÉMENT DE LA BANQUE**

Si vous êtes déjà assuré(e) auprès de votre banque pour une quotité inférieure à 100%, vous pouvez compléter votre couverture (dans la limite de 100 %) au bénéfice de la personne de votre choix et notamment de votre conjoint. Ainsi, vous serez mieux couvert car, en cas de décès, une partie du capital sera remboursée par l'assurance de votre banque et l'autre partie sera versée par APRIL au bénéficiaire désigné.

ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % assuré par le contrat groupe souscrit auprès de votre banque (1).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % assuré par le contrat groupe souscrit auprès de votre banque (1).
<input type="checkbox"/> Offre de prêt non signée <input type="checkbox"/> Offre de prêt signée, date de signature : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

(1) La quotité assurée cumulée avec celle du contrat groupe de la banque ne doit pas dépasser 100% du montant du prêt.

OU**RÉPARTITION SUR LE CONTRAT ASSURANCE DE PRÊT APRIL**

Sur le contrat Assurance de Prêt APRIL, vous pouvez répartir le bénéfice de l'assurance entre votre banque et un bénéficiaire de votre choix. Ainsi, en cas de décès, APRIL versera une partie du capital à votre banque et l'autre partie au bénéficiaire désigné.

ASSURÉ 1		ASSURÉ 2	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % au bénéfice de l'organisme prêteur.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % au bénéfice du tiers bénéficiaire.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % au bénéfice de l'organisme prêteur.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % au bénéfice du tiers bénéficiaire.

2 - CHOIX DU TIERS BÉNÉFICIAIRE

ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
<input type="checkbox"/> Mon conjoint, 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 <input type="checkbox"/> Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) , à défaut mes héritiers nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales	<input type="checkbox"/> Mon conjoint, 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 <input type="checkbox"/> Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) , à défaut mes héritiers nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales

3 - SIGNATUREFait à le

Nom : Prénom :
 La signature de l'Assuré 1

X

Nom : Prénom :
 La signature de l'Assuré 2

X

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

A NOTER

La garantie Chômage ne peut être souscrite dans le cadre de cette option.

Le bénéficiaire en cas de PTIA/ITT/IPT/IPP est l'assuré.

**ANNEXE 2 - CLAUSES SPÉCIFIQUES / SÉQUESTRES AVEC ACCORD DE LA BANQUE**

Si le bénéficiaire en cas de décès n'est pas l'organisme prêteur, nous adresser une attestation de toutes les parties (banque, assuré, adhérent), précisant la clause bénéficiaire ainsi que les modalités de versement du capital (si compte séquestre, nous adresser le document). Des exemples sont disponibles sur intrapril / rubrique « document commun au marché de l'emprunteur ».

A NOTER

Le bénéficiaire en cas de PTIA/ITT/IPT/IPP demeure la banque.

ANNEXE 3 - CAUTIONS**EMPRUNTEUR ET CO-EMPRUNTEUR NON CONCERNÉS**

Veillez indiquer le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) :

Si vous êtes emprunteur ou co-emprunteur, vous ne devez pas remplir cette partie car vous n'êtes pas concernés. Une caution est une personne qui s'engage à rembourser l'organisme prêteur en cas de défaut de paiement de l'emprunteur.

ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
<input type="checkbox"/> Prêt 1 <input type="checkbox"/> Prêt 2 <input type="checkbox"/> Prêt 3 <input type="checkbox"/> Tous les prêts	<input type="checkbox"/> Prêt 1 <input type="checkbox"/> Prêt 2 <input type="checkbox"/> Prêt 3 <input type="checkbox"/> Tous les prêts
<input type="checkbox"/> Mes héritiers légaux nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales.	<input type="checkbox"/> Mes héritiers légaux nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales.
<input type="checkbox"/> Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse), à défaut mes héritiers nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales	<input type="checkbox"/> Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse), à défaut mes héritiers nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales
<input type="checkbox"/> Prêteur mentionné dans la demande d'adhésion.	<input type="checkbox"/> Prêteur mentionné dans la demande d'adhésion.

Fait à le

Nom : Prénom : La signature de l'Assuré 1 X	Nom : Prénom : La signature de l'Assuré 2 X
---	---

ANNEXE 4 - POUR SOUSCRIRE LA GARANTIE CHÔMAGE

ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
<input type="checkbox"/> En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :	<input type="checkbox"/> En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :
<ul style="list-style-type: none"> ● Etre emprunteur ou co-emprunteur des emprunts pour lesquels la Garantie Chômage est souscrite. ● Exercer une activité professionnelle en France continentale à plein temps ou temps partiel d'un minimum de 20h par semaine (sauf pour raison médicale) depuis au moins 365 jours consécutifs auprès d'un même employeur, ouvrant droit aux allocations de base et de fins de droits, versées par le Pôle emploi. ● Occuper de manière effective au jour de l'adhésion cette activité professionnelle dans le cadre d'un emploi salarié à durée indéterminée. ● Ne pas être en instance ou préavis de licenciement, ou en période de préretraite ou retraite, ni en période d'essai ou de chômage partiel. ● Date d'embauche en CDI chez mon employeur actuel : Assuré 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 	Assuré 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> ● Si le CDI est consécutif à une période de CDD ou d'intérim sans interruption, date de début du CDD ou intérim : Assuré 1 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 	Assuré 2 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Fait à le

Nom : Prénom : La signature de l'Assuré 1 X	Nom : Prénom : La signature de l'Assuré 2 X
---	---

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

[AIDE POUR BIEN CONSTITUER VOTRE DOSSIER D'ASSURANCE DE PRÊT APRIL]

ÉTAPE 1 >

COMPLÉTEZ VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Vous avez entre 18 et 45 ans (inclus)
ET
Vous assurez un capital inférieur ou égal
à 300 000 €

Vous avez 46 ans ou plus
OU
Vous assurez plus de 300 000 € de capital



ÉTAPE 2 >

CONSULTEZ LA DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (DES)

Vous répondez
NON à toutes les
questions :
complétez
uniquement la
Déclaration d'Etat
de Santé

Vous répondez
OUI à une question

COMPLÉTEZ LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS)

Pour connaître les
formalités médicales de
base à accomplir :
reportez-vous au tableau
en page 5

Pour accélérer vos
démarches, rendez-vous
chez CBSA et ARM.
En plus, vous n'avez pas
d'avance de frais !

CBSA (Centre de Bilans de Santé et d'Assurances) est présent dans toute la France.
Pour connaître le centre le plus proche de chez vous et prendre rendez-vous : **0 810 332 932**
(coût d'un appel local) du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h à 12h30.

ARM (Analyse Risque Médical) est présent dans plus de 205 villes en France métropolitaine et dans les DROM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion). Les centres ARM sont présents dans tous les départements, vous aurez forcément un centre proche de chez vous.

Pour prendre rendez-vous : **0 810 203 285** (coût d'un appel local) du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h30 à 12h30.



ÉTAPE 3 >

REMP LISSEZ ET SIGNEZ LE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA ET JOIGNEZ UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

POUR TOUTE QUESTION RELATIVE À LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER ET À
L'AVANCEMENT DE VOTRE PROJET, N'HÉSITÉS PAS À CONTACTER VOTRE ASSUREUR-
CONSEIL QUI VOUS APPORTERA LES RÉPONSES ET LES SOLUTIONS ADAPTÉES

ÉTAPE 4 >

ENVOYEZ VOTRE DOSSIER COMPLET COMPOSÉ DE :

- La demande d'adhésion.
- La Déclaration d'Etat de Santé **ou** le Questionnaire de Santé.
Si vous êtes concerné par le Questionnaire de Santé, la Déclaration d'Etat de Santé n'est pas à retourner.
- Les justificatifs médicaux comme les copies de comptes-rendus opératoires (si nécessaires).
- Les formalités médicales de base (si nécessaires).
- Le mandat de prélèvement SEPA et votre RIB.
- Le plan de financement ou le tableau d'amortissement pour les prêts à paliers et de type « autre » (prêt à taux zéro, crédit bail, prêt avec différé d'amortissement).
- Les annexes concernées, si vous avez souscrit à l'option prévoyance (annexe 1) ou à la Garantie Chômage (annexe 4).

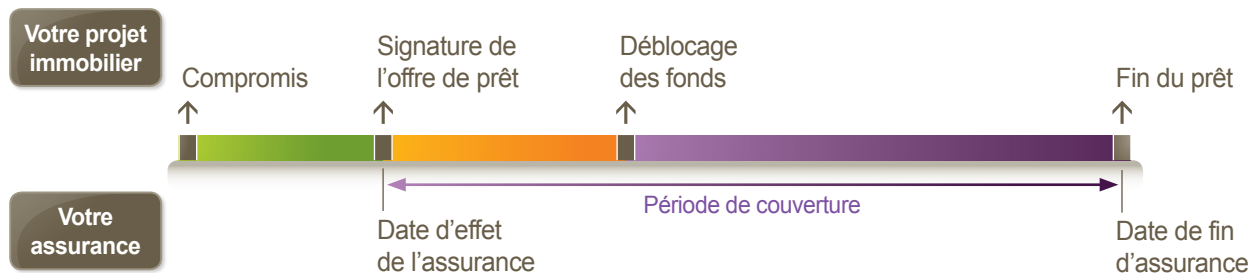
**PENSEZ À DATER
ET À SIGNER
CHAQUE DOCUMENT.**

**Un dossier complet =
une délégation dans les
meilleurs délais.**

**À APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE - IMMEUBLE APRILIUM
114 BOULEVARD MARIUS VIVIER MERLE - 69439 LYON CEDEX 03**

LE DÉROULÉ DE VOTRE PROJET

**VOS GARANTIES ET VOS PRÉLÈVEMENTS DÉBUTENT
AVANT LE DÉBLOCAGE DES FONDS**



**Pour sécuriser votre projet et vos proches, vous êtes assurés en cas de décès, dès la signature de l'offre de prêt bien que les fonds ne soient pas débloqués.
Le paiement de vos cotisations d'assurance commence donc avant le remboursement de vos échéances de prêt.**

**POUR TOUTE INFORMATION COMPLÉMENTAIRE,
PENSEZ À CONSULTER LES GARANTIES ET LES NOTICES.**

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03
Tél. : 0974 50 94 94 - Fax : 04 78 53 65 18 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Talbott 75436 Paris cedex 09.

Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par PREVOIR Vie et PREVOIR Risques-Divers (Assurance de Prêt APRIL) et ACE Group (Garantie Chômage).





DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Pour les assurés jusqu'à 45 ans* souscrivant un capital maximum de 300 000 €

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON Cedex 03.

Si vous répondez au moins un « oui » à l'une de ces questions, nous vous remercions de renseigner le questionnaire de santé complet.

ASSURÉ(E) 1 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
2	Êtes-vous titulaire : - d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? - de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
4	Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : Kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? Et/ou avez-vous ou avez-vous eu une prise en charge chirurgicale sauf pour végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
5	a) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une(es) maladie(s) suivante(s) : cancer, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	b) Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
6	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
7	En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Taille (en cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200	
	Poids (en kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113	65 - 120	70 - 125	

* L'Assuré doit être âgé de 45 ans au plus tard au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties.

- Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions, merci de renseigner et d'adresser uniquement le questionnaire de santé.
- Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, vous n'avez pas besoin de remplir le questionnaire de santé.

Fait à

Le

La signature de l'Assuré 1



Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance.

Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par PREVOIR - Vie et PREVOIR - Risques Divers (Assurance de prêt APRIL) et ACE Group (Garantie Chômage).



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.



DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Pour les assurés jusqu'à 45 ans* souscrivant un capital maximum de 300 000 €

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON Cedex 03.

Si vous répondez au moins un « oui » à l'une de ces questions, nous vous remercions de renseigner le questionnaire de santé complet.

ASSURÉ(E) 2 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
2	Êtes-vous titulaire : - d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? - de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
4	Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : Kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? Et/ou avez-vous ou avez-vous eu une prise en charge chirurgicale sauf pour végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
5	a) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une(es) maladie(s) suivante(s) : cancer, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
	b) Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
6	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
7	En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?											<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Taille (en cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200	
	Poids (en kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113	65 - 120	70 - 125	

* L'Assuré doit être âgé de 45 ans au plus tard au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties.

- Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions, merci de renseigner et d'adresser uniquement le questionnaire de santé.
- Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, vous n'avez pas besoin de remplir le questionnaire de santé.

Fait à

Le

La signature de l'Assuré 2



Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance.

Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orient.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par PREVOIR - Vie et PREVOIR - Risques Divers (Assurance de prêt APRIL) et ACE Group (Garantie Chômage).



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. **Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance.** Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

ASSURÉ(E) 1 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

Je déclare être informé(e) que les personnes atteintes d'une des maladies ou affections suivantes : diabète insulino dépendant, sclérose en plaques, cancer de moins de 5 ans, transplantation d'organes, hémophilie, maladie génétique, accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire de moins d'un an, infarctus du myocarde de moins d'un an, sida déclaré ou une sérologie positive, hépatites C, ne sont pas couvertes par le contrat Assurance de Prêt APRIL et doivent remplir une demande de tarification Assurance de Prêt Solutions.

		SI OUI, MERCI DE PRÉCISER IMPÉRATIVEMENT :	
1	Merci d'indiquer votre taille / poids :	Taille : cm	Poids : kg
2	a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux ou quelle catégorie : Quel est l'organisme qui vous verse la prestation :
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux :
4	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : *Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident
5	a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris les séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
7	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
8	Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :		
	a) Respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>

ASSURÉ(E) 1 NOM : **PRÉNOM :** **DATE DE NAISSANCE :**


<p>b) Cardio-vasculaire : D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Votre tension artérielle actuelle : (Systolique/Diastolique)
<p>c) Ophtalmologique / ORL : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : Gauche : *Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
<p>d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>e) Articulaire : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une méniscectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>f) Digestive : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>g) Neuro-musculaire : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle osseuse, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>h) Cancer : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>i) Endocrin-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>k) Génitale : D'endométriome, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>l) Nerveuse : De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de névrose, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>m) Autres Maladies : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous un ou des séjours en milieu hospitalier prévus ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature de l'hospitalisation :
<p>10 Etes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La nature de(s) examen(s) :
<p>11 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.

Si vous avez répondu oui à l'une des questions, merci d'apporter les précisions demandées et de joindre les copies de votre dernier bilan de surveillance (bilan biologique, compte-rendu de radiographie, IRM, scanner, échographie, coloscopie...), les copies des comptes-rendus : opératoire(s), histologique(s), d'hospitalisation(s), les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

Fait à

le

La signature de l'Assuré 1



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

Les conclusions du Médecin Conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime, exclusion médicale,...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aidez à vous répondre dans les plus brefs délais. **Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance.** Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

ASSURÉ(E) 2 NOM :		PRÉNOM :	DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/>
<p>Je déclare être informé(e) que les personnes atteintes d'une des maladies ou affections suivantes : diabète insulino dépendant, sclérose en plaques, cancer de moins de 5 ans, transplantation d'organes, hémophilie, maladie génétique, accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire de moins d'un an, infarctus du myocarde de moins d'un an, sida déclaré ou une sérologie positive, hépatites C, ne sont pas couvertes par le contrat Assurance de Prêt APRIL et doivent remplir une demande de tarification Assurance de Prêt Solutions.</p>			
		SI OUI, MERCI DE PRÉCISER IMPÉRATIVEMENT :	
1	Merci d'indiquer votre taille / poids :	Taille : cm	Poids : kg
2	a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux ou quelle catégorie : Quel est l'organisme qui vous verse la prestation :
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux :
4	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : *Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident
5	a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Depuis quand : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</div>
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années , sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris les séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
7	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
8	Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :		
	a) Respiratoire : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>

ASSURÉ(E) 2 NOM : **PRÉNOM :** **DATE DE NAISSANCE :**


<p>b) Cardio-vasculaire : D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Votre tension artérielle actuelle : (Systolique/Diastolique)
<p>c) Ophtalmologique / ORL : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : Gauche : *Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
<p>d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>e) Articulaire : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une méniscectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>f) Digestive : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>g) Neuro-musculaire : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle osseuse, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>h) Cancer : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>i) Endocrin-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>k) Génitale : D'endométriome, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>l) Nerveuse : De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de névrose, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>m) Autres Maladies : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous un ou des séjours en milieu hospitalier prévus ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature de l'hospitalisation :
<p>10 Etes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La nature de(s) examen(s) :
<p>11 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.

Si vous avez répondu oui à l'une des questions, merci d'apporter les précisions demandées et de joindre les copies de votre dernier bilan de surveillance (bilan biologique, compte-rendu de radiographie, IRM, scanner, échographie, coloscopie...), les copies des comptes-rendus : opératoire(s), histologique(s), d'hospitalisation(s), les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

Fait à

le

La signature de l'Assuré 2



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

Les conclusions du Médecin Conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime, exclusion médicale,...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.