

[ASSURANCE
DE PRÊT]
PARTICULIERS



assurance de prêt

Demande d'adhésion 2011

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

Réf. produit : 4010 2020 1515 0808

fax transmis le : n° adhérent : n° de l'assureur-conseil : **66789**

Adhérent : (si différent de l'Assuré 1)

Raison sociale / Nom :

Adresse : Code Postal : Ville :

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

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

<p>ASSURÉ 1 : M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="radio"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance : <input type="text"/></p> <p>Profession exacte :</p> <p>Secteur d'activité :</p> <p>Statut :</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A</p> <p><input type="checkbox"/> Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Non Cadre / Fonctionnaire</p> <p><input type="checkbox"/> Commerçant / Artisan</p> <p><input type="checkbox"/> Exploitant Agricole</p> <p><input type="checkbox"/> Intérimaire / Saisonnier</p> <p><input type="checkbox"/> Sans profession</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité Non Cadre / Non profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Nombre de kilomètres professionnels/an⁽¹⁾ :</p> <p><input type="radio"/> - 20 000 km/an <input type="radio"/> + 20 000 km/an</p> <p>Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?⁽²⁾</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Travail ou déplacement(s) à l'étranger pour raisons professionnelles (hors UE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle Zélande)</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Si oui, pays :</p>	<p>ASSURÉ 2 : M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="radio"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance : <input type="text"/></p> <p>Profession exacte :</p> <p>Secteur d'activité :</p> <p>Statut :</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A</p> <p><input type="checkbox"/> Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Non Cadre / Fonctionnaire</p> <p><input type="checkbox"/> Commerçant / Artisan</p> <p><input type="checkbox"/> Exploitant Agricole</p> <p><input type="checkbox"/> Intérimaire / Saisonnier</p> <p><input type="checkbox"/> Sans profession</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité Non Cadre / Non profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p> <p>Nombre de kilomètres professionnels/an⁽¹⁾ :</p> <p><input type="radio"/> - 20 000 km/an <input type="radio"/> + 20 000 km/an</p> <p>Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?⁽²⁾</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Travail ou déplacement(s) à l'étranger pour raisons professionnelles (hors UE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle Zélande)</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Si oui, pays :</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[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.

	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	
Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Pratiquez-vous l'un des sports de la liste spécifique (page 5), en tant que membre d'une fédération ou d'un club et/ou en compétition ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, le(s)quel(s) : Assuré 1 : Assuré 2 :
Souhaitez-vous être garanti(e) pour ce(s) sport(s) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Adresse actuelle pour les courriers :

Code Postal : Ville : Pays :

Email Assuré 1⁽³⁾ :

Email Assuré 2⁽³⁾ :

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

Adresse future :

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

[3] 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.

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

Organisme prêteur - Raison sociale/Nom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Si la délégation de bénéficiaire doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Si le bénéficiaire n'est pas le prêteur, nous adresser l'accord écrit de la banque et préciser la clause bénéficiaire (disponible sur Intrapril) : _____

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* :	___ mois dont ___ mois de différé	_____ % <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* :	___ mois dont ___ mois de différé	_____ % <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* :	___ mois dont ___ mois de différé	_____ % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable

* 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) % % % % % %
ITT/IPT (AT/A1) % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j % 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Droit d'adhésion : 20 € (Ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant chez APRIL Santé Prévoyance)

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

Important Bordereau d'autorisation de prélèvement

n° de l'assureur-conseil : 66789 _____

Nom et prénom de l'adhérent principal : _____

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différé directement avec le créancier.

Le créancier : **APRIL Santé Prévoyance** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

A compléter obligatoirement **Le débiteur**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date : _____

Signature : _____

Codes

Etablissement _____ Guichet _____ N° de compte _____ Clé RIB _____

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) (agrafé au dos)

POUR LES PERSONNES SOUSCRIVANT 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 : _____	Assuré 2 : _____
<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 : _____	Assuré 2 : _____

POUR LES CAUTIONS UNIQUEMENT MERCI D'INDIQUER LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DÉSIGNÉ(S)	
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"/> Autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) : à défaut mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales. <input type="checkbox"/> Prêteur mentionné dans la demande d'adhésion.	<input type="checkbox"/> Mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales. <input type="checkbox"/> Autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) : à défaut mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales. <input type="checkbox"/> Prêteur mentionné dans la demande d'adhésion.

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 pour les garanties Assurance de prêt APRIL et d'ACE European Group Limited pour la Garantie Chômage. Je déclare avoir pris connaissance du statut et du règlement intérieur de l'association des Assurés d'APRIL.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant notice d'information, référencées PRT 11-06/11 pour les garanties d'Assurance de Prêt APRIL, GCH 11-06/11 pour la Garantie Chômage, de mes garanties, des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencées ci-dessus. Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Santé Prévoyance et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03. Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits d'APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs, tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à en connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout autre organisme professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors Union Européenne.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance peuvent faire l'objet d'un enregistrement pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de 2 mois.

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.

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

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

X
CAPRILA
 163 RUE DES BLAINS
 92220 BAGNEUX
 Tél : 01 45 36 00 55
 Email :
 laurent.gruchy@caprila.com
 om

TOUTE DEMANDE D'ADHÉSION REÇUE SANS DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ OU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ NE POURRA ÊTRE ÉTUDIÉE.

Exemplaire Assuré

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, Débourageage, Courses de sauts d'obstacles, Canyoning, Rafting, Spéléologie, Pêche au gros, Enduro, Moto cross, Quad en compétition, Trial
SPORTS SPÉCIFIQUES SOUMIS À ÉTUDE ⁽²⁾
<ul style="list-style-type: none"> ● 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, thai (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.

QUELLES FORMALITÉS MÉDICALES DEVEZ-VOUS ACCOMPLIR ?

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

CAPITAL \ AGE	De 18 à 45 ans	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	
De 250 001 € à 300 000 €	Questionnaire de Santé	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 1		
De 300 001 € à 1 000 000 € ⁽²⁾	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 1	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 2		
De 1 000 001 € à 1 600 000 € ⁽²⁾	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 3 + Chimie des urines + Test d'effort			
De 1 600 001 € à 4 600 000 € ⁽²⁾⁽³⁾	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 4 + Chimie des urines + Test d'effort + Formalités financières	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 3 + Chimie des urines + Test d'effort + Formalités financières		Nous consulter

(1) Dès 7 500 € à partir de 55 ans.

(2) Pour les non fumeurs s'assurant pour plus de 300 001 € : dosage de la cotinine urinaire.

(3) 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)
- **Test d'effort** : ECG d'effort avec tracé et compte-rendu du cardiologue
- **Chimie des urines** : Dosages de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines
- **Formalités financières** : Questionnaire financier, copie de l'offre de prêt, copie du dernier avis d'imposition, attestation d'obligation de la banque avec montant du prêt, garanties et quotités souscrites, bilan de la société

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 peut être débloqué au plus tôt.

*Délégation de bénéficiaire :

- le prêteur devient bénéficiaire de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt
- le capital décès ou les échéances de votre prêt en cas d'arrêt de travail (si cette garantie a été souscrite) lui sont remboursés
- 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 - 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 European Group Limited (Garantie Chômage).



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

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

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 250 000 €

Vous avez 46 ans ou plus

OU

Vous assurez plus de 250 000 € de capital

OU

Si vous répondez OUI à une question
de la Déclaration d'Etat de Santé



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 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 !



ÉTAPE 3

REMPLISSEZ ET SIGNEZ L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT ET JOIGNEZ UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE



ÉTAPE 4

ENVOYEZ VOTRE DOSSIER COMPLET COMPOSÉ DE :

- La demande d'adhésion
- La Déclaration d'Etat de Santé **ou** le Questionnaire de Santé
- Les formalités médicales (si nécessaires)
- L'autorisation de prélèvement et votre RIB


! PENSEZ
À DATER ET
À SIGNER
CHAQUE
DOCUMENT

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

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.

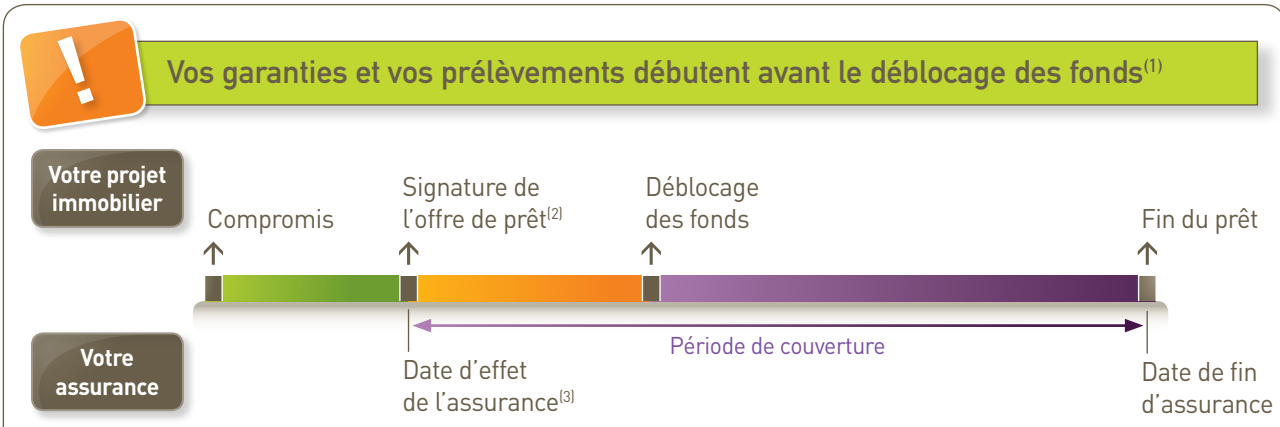
Pour prendre rendez-vous :  **0 810 203 285** (coût d'un appel local) du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h30 à 12h30.

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.

Aide pour bien constituer votre dossier d'Assurance de Prêt APRIL

1 Date de signature de l'offre de prêt.



Vous êtes assuré en cas de décès, dès la signature de l'offre de prêt bien que les fonds ne soient pas débloqués. Ainsi, le paiement de vos cotisations d'assurance commence avant le remboursement de vos échéances de prêt.

A Savoir :
Vous assurer avant le déblocage des fonds sécurise davantage votre projet et votre famille.
 (1) Et au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion.
 (2) Si l'offre de prêt est déjà signée, la date d'effet sera au plus tôt le lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion.
 (3) Vous pouvez choisir une date d'effet antérieure à la signature de l'offre de prêt mais les garanties de votre contrat ne prendront effet qu'à la date de signature de l'offre de prêt.

- 2** Les prêts à paliers et de type "autre" qui sont dans la majorité des cas : prêt à taux zéro, à débloqués successifs, à intérêts capitalisés, à mensualités non constantes, modulable, Europlan, crédit bail. Joindre une copie du tableau d'amortissement ou du projet de financement.
- 3** A remplir uniquement si l'assuré souhaite souscrire la Garantie chômage.
- 4** A remplir uniquement si l'assuré est caution. L'assuré est considéré comme caution seule s'il n'est pas l'emprunteur ou le co-emprunteur.
- 5** En cas de réponse positive à la Déclaration d'Etat de Santé, merci de compléter et de retourner uniquement le questionnaire de santé.
- 6** Pour chaque réponse positive, merci de bien remplir les informations complémentaires et joindre la copie des pièces médicales.

Pour toute information complémentaire, pensez à consulter les garanties et conditions générales.

ASSURÉ(E) 1 NOM :		PRÉNOM :
b) Cardio-vasculaire : hypertension artérielle, artérite, infarctus, trouble du rythme, angine de poitrine, malformation cardiaque, cardiopathie, artériopathie, phlébite ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____ Votre tension artérielle actuelle :
c) Ophtalmologique / ORL : cécité (même unilatérale), glaucome, dégénérescence maculaire, surdité (même unilatérale), acouphènes, vertiges de Ménière, ou toute autre affection ophtalmologique, ORL ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____ Pour les yeux, indiquez la correction : Droite : Gauche : Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
d) Dermatologique : eczéma, psoriasis, purpura, herpès, kystes, naevus ou toute autre affection dermatologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
e) Articulaire : hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique, lumbago, ménisectomie, ligamentoplastie, arthrose, polyarthrite, coxarthrose, ostéoporose, lupus ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input type="radio"/> Lombaire <input type="radio"/> Sacré Début : _____ Fin : _____
f) Digestive : maladie de Crohn, ulcère gastrique, polypes, reflux gastro-œsophagien, diverticules, hernie, foie, pancréas, vésicule biliaire, œsophage, estomac, intestin, colon ou rectum ou toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
g) Neuro-musculaire : épilepsie, myopathie, méningite, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, vertiges, paralysie, maladie d'Alzheimer, neuropathie, anomalie de la moelle osseuse, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
h) Cancer : leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
i) Endocrino-métabolique : thyroïde, hypophyse, diabète, élévation du taux de cholestérol, triglycérides, acide urique, ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
j) Urino-rénale : voies urinaires, coliques néphrétiques, insuffisance rénale, pyélonéphrite, protéinurie ou toute autre affection du système urinaire et rénal ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
k) Génitale : endométriose, prostatite, adénome, fibrome ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
l) Nerveuse : dépression, troubles névrotiques, troubles obsessionnels compulsifs, spasmophilie, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires, tentatives de suicide ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
m) Autres Maladies : hépatite, paludisme, anémie, trouble de la coagulation ou toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous des séjours en milieu hospitalier prévus ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Début : _____ Nature de l'hospitalisation :
10 Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	La nature de(s) examen(s) :
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 ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	


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, les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

Fait à _____

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.

Le _____
La signature de l'Assuré 1


Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

ASSURÉ(E) 2 NOM :		PRÉNOM :
b) Cardio-vasculaire : hypertension artérielle, artérite, infarctus, trouble du rythme, angine de poitrine, malformation cardiaque, cardiopathie, artériopathie, phlébite ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____ Votre tension artérielle actuelle :
c) Ophtalmologique / ORL : cécité (même unilatérale), glaucome, dégénérescence maculaire, surdité (même unilatérale), acouphènes, vertiges de Ménière, ou toute autre affection ophtalmologique, ORL ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____ Pour les yeux, indiquez la correction : Droite : Gauche : Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
d) Dermatologique : eczéma, psoriasis, purpura, herpès, kystes, naevus ou toute autre affection dermatologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
e) Articulaires : hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique, lumbago, ménisectomie, ligamentoplastie, arthrose, polyarthrite, coxarthrose, ostéoporose, lupus ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input type="radio"/> Lombaire <input type="radio"/> Sacré Début : _____ Fin : _____
f) Digestive : maladie de Crohn, ulcère gastrique, polypes, reflux gastro-œsophagien, diverticules, hernie, foie, pancréas, vésicule biliaire, œsophage, estomac, intestin, colon ou rectum ou toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
g) Neuro-musculaire : épilepsie, myopathie, méningite, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, vertiges, paralysie, maladie d'Alzheimer, neuropathie, anomalie de la moelle osseuse, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
h) Cancer : leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
i) Endocrino-métabolique : thyroïde, hypophyse, diabète, élévation du taux de cholestérol, triglycérides, acide urique, ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
j) Urino-rénale : voies urinaires, coliques néphrétiques, insuffisance rénale, pyélonéphrite, protéinurie ou toute autre affection du système urinaire et rénal ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
k) Génitale : endométriose, prostatite, adénome, fibrome ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
l) Nerveuse : dépression, troubles névrotiques, troubles obsessionnels compulsifs, spasmophilie, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires, tentatives de suicide ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
m) Autres Maladies : hépatite, paludisme, anémie, trouble de la coagulation ou toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _____ Fin : _____
9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous des séjours en milieu hospitalier prévus ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Début : _____ Nature de l'hospitalisation :
10 Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	La nature de(s) examen(s) :
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 ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

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, les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

Fait à _____

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.

Le _____

La signature de l'Assuré 2



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.