

[ASSURANCE
DE PRÊT]
PARTICULIERS



assurance de prêt solutions

Demande de tarification 2011



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

Demande d'adhésion

PRE4401

PRA 10-04/10

MERCİ D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Etes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance ? Oui Non

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

Adhérent : (si différent de l'Assuré)

Raison sociale / Nom :

Adresse : Code Postal : Ville :

ASSURÉ : 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 Exploitant Agricole Intérimaire/saisonnier Sans profession Retraité Autres :Nombre de kilomètres professionnels/an (en véhicule terrestre à moteur, hors trajet domicile/travail) : - 20 000 km/an + 20 000 km/anExercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?⁽¹⁾ Oui NonContrat de travail : CDI CDDExercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ? Oui Non

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

 Oui Non

Si oui, pays :

Adresse actuelle : Code Postal : Ville : Pays :

Email⁽²⁾ :

Tél. domicile Tél. Portable

Date approximative de déménagement :

Adresse future : Code Postal : Ville : Pays :

(1) Toutes activités de manipulation et/ou de déplacement d'objets/marchandises réputés lourds et dangereux exercées régulièrement dans votre travail

(2) J'accepte que les informations relatives à l'exécution de 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.

Caractéristiques du (des) prêt(s)

Organisme prêteur - Raison sociale/Nom :

Adresse : Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax : Email :

Si la délégation de bénéfice 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="radio"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="radio"/> Prêt à paliers* <input type="radio"/> Relais/In fine <input type="radio"/> Autre* : mois dont mois de différé % <input type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> Variable
2 €	<input type="radio"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="radio"/> Prêt à paliers* <input type="radio"/> Relais/In fine <input type="radio"/> Autre* : mois dont mois de différé % <input type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> Variable
3 €	<input type="radio"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="radio"/> Prêt à paliers* <input type="radio"/> Relais/In fine <input type="radio"/> Autre* : mois dont mois de différé % <input type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> 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.

Caractéristiques de l'assurance

Date de début de l'assurance : (Date de signature de l'offre de prêt. Si non connue, la fixer une quinzaine de jours avant la date présumée de l'offre de prêt).

	Taux de couverture DC/PTIA (3) (DC)	Taux de couverture ITT/IPT (4) (AT)
Prêt 1%%
Prêt 2%%
Prêt 3%%

POUR LES CAUTIONS UNIQUEMENT MERCI D'INDIQUER LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DÉSIGNÉ(S)

Mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales.

Autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) :

.....

à défaut mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales.

Prêteur mentionné en page 2.

PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	Periodicité : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle
Frais d'échéance : 2,29 € par échéance	Frais de dossier : 45 €
Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1 ^{er} et le 10 du mois <input type="text"/> <input type="text"/> .	

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.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA Prévoyance pour les garanties Assurance de prêt. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant note d'information, référencées PRA 10-04/10, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment 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 connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout autre organisme de gestion 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 l'Assureur de l'Association des Assurés d'APRIL.

Fait à _____ le

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

X

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

X

Cachet et visa de l'assureur-conseil
 Nom et e-mail de la personne en charge du dossier :

 Tél. :

[A noter] Pour vous assurer une tarification dans les plus brefs délais, vous pouvez joindre à votre demande de tarification le(s) questionnaire(s) complémentaire(s) et les justificatifs médicaux. Tous les questionnaires complémentaires sont disponibles en téléchargement sur intrapril et april.fr (page assurance de prêt).

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 différend 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 : Signature : _____

Ville : _____

Date :

Le compte à débiter

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)

**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) NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____	
1	Taille : cm Poids : kg Tension artérielle : /
2	Etes-vous actuellement en arrêt de travail, ou au cours de ces trois dernières années avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 15 jours ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Date début : Date fin :
3	Avez-vous fait l'objet d'une reconnaissance d'invalidité même partielle ou une demande est-elle en cours ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Taux ou catégorie : Durée :
4	Etes-vous pris(e) en charge à 100% pour une affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif :
5	Suivez-vous actuellement un traitement médical ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Lequel :
6	Avez-vous bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie ...) ou avez-vous été hospitalisé ces dix dernières années pendant plus de 10 jours consécutifs ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Nature : Séquelles : Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques
	Devez-vous être hospitalisé ou devez-vous subir un acte médico-chirurgical (opération, coloscopie, endoscopie, arthroscopie, angioplastie,...) au cours des 6 prochains mois ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Préciser :
7	Avez-vous été au cours des cinq dernières années ou devez-vous être hospitalisé(e) pour une convalescence, une cure, une rééducation ou un séjour en stations thermales ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Nature : Durée :
8	Avez-vous été victime d'un accident corporel ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation Date : Nature des blessures ou lésions initiales : Séquelles actuelles :
9	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui à des questions, précisez : Nature exacte : - Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artérite, angor...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Pulmonaire (asthme, bronchite chronique...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Endocrinienne (diabète, thyroïde...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Métabolique (cholestérol, triglycérides...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou articulations, musculaire ou ligamentaire ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Digestive ou intestinale (ulcère, hépatite, maladie de Crohn...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Gynécologique, rénale ou urinaire (calculs...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Du sang (hémophilie, phlébite...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Ophtalmologique ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - ORL (surdité, infections, infections récidivantes...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Autres maladies : cancéreuses, congénitales, héréditaires, infectieuses, ou affections nécessitant une surveillance médicale ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et / ou de consultation spécialisée
	Date du diagnostic : Traitement :
10	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 oui, précisez : Date :
11	Avez-vous subi un examen : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - biologique (sanguin ou urinaire) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - radiologique (radiographie, IRM, Scanner, au autre) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - autre investigation (électrocardiogramme, électroencéphalogramme...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Merci de joindre la copie des résultats des examens effectués
	Devez-vous subir des examens médicaux au cours des 6 prochains mois ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, précisez :
12	Habitudes de vie : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non - Avez-vous fumé au cours des deux dernières années ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, quantité journalière :
13	a- Pratiquez-vous un sport dans le cadre de compétitions en qualité d'amateur et/ou en tant que membre d'une fédération et/ou d'un club ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, le(s)quel(s) :
	b- Pratiquez-vous, même en qualité d'amateur, un sport figurant dans la liste des sports "spécifiques" (indiquée en page 4 du volet garantie) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, le(s)quel(s) : En compétition : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Souhaitez-vous être garanti pour ce(s) sport(s) : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

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

Fait à _____
Le _____

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessous 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 la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

La signature de l'Assuré



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois à compter de sa signature.

À NOTER :

Gage de qualité : Nous apportons la plus grande attention à votre dossier. L'envoi dès la 1^{ère} fois de toutes les pièces médicales nécessaires est l'assurance d'un dossier traité dans les plus brefs délais.

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

	Jusqu'à 54 ans	55 à 60 ans	61 à 70 ans
De 16 000 à 80 000 euros	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé	Questionnaire de Santé
De 80 001 à 110 000 euros			Ci dessus + rapport médical
De 110 001 à 230 000 euros		Ci dessus + rapport médical	Ci dessus + profil sanguin 1 ⁽¹⁾ + analyse des urines ⁽²⁾ + rapport cardio-vasculaire avec E.C.G
De 230 001 à 310 000 euros	Ci dessus + rapport médical + profil sanguin 1 ⁽¹⁾ + analyse des urines ⁽²⁾	Ci dessus + profil sanguin 1 ⁽¹⁾ + analyse des urines ⁽²⁾ + rapport cardio-vasculaire avec E.C.G	
De 310 001 à 920 000 euros	Ci dessus + rapport cardio-vasculaire avec E.C.G	Ci dessus + PSA ⁽³⁾	Ci dessus + PSA ⁽³⁾
De 920 001 à 1 600 000 euros	Ci dessus + questionnaire financier confidentiel ⁽⁴⁾	Ci dessus + questionnaire financier confidentiel ⁽⁴⁾	Ci dessus + questionnaire financier confidentiel ⁽⁴⁾

(1) Profil sanguin 1 : Numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, dosage de la glycémie, de la créatinine, de l'urée, de l'acide urique, sérologie de l'HIV 1 et de l'HIV 2, bilan enzymatique hépatique (avec Gamma GT, transaminases SGOT et SGPT, phosphatases alcalines), bilan lipidique (avec cholestérol total, HDL, LDL, rapport cholestérol total /HDL, triglycérides), dosage des antigènes HBs, des anticorps anti HBC, dosage des anticorps anti-HCV

(2) Analyse des urines : examen cyto bactériologique des urines et chimie des urines (avec cotinine urinaire (Tobacco Test) pour les non fumeurs à partir de 310 000 €).

(3) Prostatic Specific Antigen : à demander pour les proposant de sexe masculin.

(4) Questionnaire financier : questionnaire rempli par l'assuré avec :

- la(les) copie(s) du(des) projet(s) d'offre(s) de prêt,
- le(s) tableau(x) d'amortissement,
- les copies de l'avis d'imposition des 2 dernières années et les liasses fiscales (bilan et compte de résultat de la société) en cas de remboursement par une société.

À NOTER :

- D'autres éléments médicaux et/ou professionnels pourront vous être demandés.
- Pour les sportifs professionnels, remplir le rapport médical sportif professionnel. Les rapports médicaux sont en téléchargement sur intrapril ou april.fr.
- **Pour vous apporter une tarification personnalisée dans les plus brefs délais, joignez le(s) questionnaire(s) complémentaire(s), correspondant(s) à votre situation, rempli(s) par votre médecin et les justificatifs médicaux (compte-rendu d'hospitalisation...). Ces documents sont disponibles en téléchargement sur www.april.fr (page assurance de prêt) et intrapril (extranet de votre courtier).**

IMPORTANT :

● **Remboursement des frais médicaux**

Les frais d'examen médicaux engagés par l'assuré seront remboursés par APRIL :

- une fois l'adhésion effective,
- en cas de refus de la part d'APRIL,
- en cas de proposition d'adhésion sous condition de la part d'APRIL.

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,
- l'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés ci-dessus.

- Les formalités sont obligatoires lors de votre adhésion.

JE JOINS À MON ENVOI

- 1 Ma demande de tarification : remplie, datée et signée par l'assuré et/ou l'adhérent (pages 2, 3, 4 et 5),
- 2 Mon relevé d'identité bancaire,
- 3 Mon autorisation de prélèvement, remplie et signée,
- 4 Le(s) questionnaire(s) complémentaire(s) et les justificatifs médicaux

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Client
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande de tarification est traitée le jour de sa réception par APRIL.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, vous recevrez votre dossier d'adhésion comprenant :

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- votre certificat d'adhésion
- votre avis d'échéance (situation de votre compte)

Votre délégation de bénéfice* est transmise directement à votre prêteur (via fax, courrier ou e-mail) ; ainsi votre prêt peut être débloqué au plus tôt.

*Délégation de bénéfice :

- 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 AXERIA Prévoyance.



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

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