

assurance de prêt solutions

Demande de tarification 2013



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

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

Prêt 1 Prêt 2 Prêt 3 Tous les prêts

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

Périodicité : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Frais de dossier : 45 €* Cotisation associative : 0.80 €/mois*

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 .

*Frais et cotisation qui ne sont pas dus si vous êtes déjà adhérent à 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.

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 Solutions. 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 de la Notice valant conditions générales, référencée PRE 13-02/13, 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 à la Notice et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année.**

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice applicable est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée 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. Je suis informé(e) que les destinataires de mes données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de mon contrat sont les collaborateurs d'APRIL Santé Prévoyance ainsi que, 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 professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. La CNIL a autorisé APRIL Santé Prévoyance à procéder à des flux transfrontaliers de données en Tunisie et à l'Ile Maurice pour les besoins de gestion administrative des dossiers. Cette autorisation garantit un niveau de protection des données équivalent à celui existant en Europe.

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 (si différent de l'Assuré) 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. :

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.

A compléter obligatoirement **Le débiteur**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal :

Signature : _____

Ville : _____

Date :

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

Codes **Le compte à débiter**
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)

| ASSURÉ(E) 1 NOM : | | PRÉNOM : |
|---|---|--|
| 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? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : Gauche : *Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue. |
| d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ |
| e) Articulaires : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une ménisectomie, 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la 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 : _____ Fin : _____ |
| 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? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ |
| i) Endocrinométabolique : 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? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ |
| j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de polynéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ |
| k) Génitale : D'endométriome, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ |
| 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? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ |
| 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? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nom de la maladie(s) : Nature du traitement : Début : _____ Fin : _____ |
| 9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous un ou des séjours en milieu hospitalier prévus ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Début : _____ Nature de l'hospitalisation : |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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="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, les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

[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. Pour plus d'information, rapprochez-vous de votre assureur conseil.

Fait à _____

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.

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



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

LES FORMALITÉS MÉDICALES À ACCOMPLIR - ADP SOLUTIONS

| CAPITAL (en euros) | AGE A LA SOUSCRIPTION | | | |
|--------------------------------|---|---|---|----------------|
| | 45 ans ou moins | De 46 ans à 54 ans | De 55 à 64 ans | De 65 à 80 ans |
| De 18 000 à 100 000 euros | Questionnaire de santé | Questionnaire de santé | Questionnaire de Santé | |
| De 100 001 à 250 000 euros | | | 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 euros | Questionnaire de Santé | 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 + dosage de la cotinine urinaire pour les non-fumeurs | |
| De 300 001 à 500 000 euros | 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 + dosage de la cotinine urinaire pour les non-fumeurs | |
| De 500 001 à 1 000 000 euros | 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 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 1 000 001 à 1 600 000 euros | | | | |

- **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.

À NOTER :

- **Gage de qualité** : Nous apportons la plus grande attention à votre dossier. L'envoi d'un dossier complet avec l'ensemble des pièces médicales nécessaires (questionnaires complémentaires, compléments médicaux en votre possession) vous assurent une réponse rapide.
- Pour obtenir votre questionnaire complémentaire, rapprochez-vous de votre assureur conseil.
- 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.

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.

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 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 bénéfice* est transmise directement à votre prêteur (via fax, courrier ou email) ainsi votre prêt peut être débloqué au plus tôt.

*Délégation de bénéfice :

- le prêteur devient bénéficiaire acceptant 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**