DEMANDE D'ADHÉSION
2015

ASSURANCE DE PRÊT

Irrévocabilité des garanties
Maintien du tarif

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

PRT0501
PRT150115
GCH131013

DEMANDE D'ADHÉSION ASSURANCE DE PRÊT APRIL

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° adhérent : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance : Oui ☐ Non ☐

Dossier HAMON (HM2AD)* ☐
*reprise à la banque

Réf. produit : ☐ 4010 ☐ 5008 ☐ 2020 ☐ 1515 ☐ 1212 ☐ 0808

Fax/Email transmis le : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

N° de l'assureur-conseil : 66789☐☐

MES COORDONNÉES

Adhérent : M. ☐ Mme ☐ (si différent de l'Assuré 1) Mlle ☐ 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 :

Salarié Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A
- ☐ profession médicale ou paramédicale
- ☐ autre secteur

Salarié Non Cadre / Fonctionnaire Hors classe A
- ☐ profession médicale ou paramédicale
- ☐ autre secteur

Artisan / Commerçant
- ☐ Artisan bâtiment, travaux publics, transport, automobile
- ☐ Artisan/Commerçant métiers de bouche
- ☐ Artisan autre secteur
- ☐ Commerçant autre secteur
- ☐ Gérant d'une entreprise de 5 salariés et + (hors BTP gros oeuvre et agricole)

☐ **Profession libérale**
☐ **Exploitant Agricole**
☐ **Intérimaire / Saisonnier**
☐ **Sans profession**
☐ **Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A**
☐ **Autre retraité**

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 :

Salarié Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A
- ☐ profession médicale ou paramédicale
- ☐ autre secteur

Salarié Non Cadre / Fonctionnaire Hors classe A
- ☐ profession médicale ou paramédicale
- ☐ autre secteur

Artisan / Commerçant
- ☐ Artisan bâtiment, travaux publics, transport, automobile
- ☐ Artisan/Commerçant métiers de bouche
- ☐ Artisan autre secteur
- ☐ Commerçant autre secteur
- ☐ Gérant d'une entreprise de 5 salariés et + (hors BTP gros oeuvre et agricole)

☐ **Profession libérale**
☐ **Exploitant Agricole**
☐ **Intérimaire / Saisonnier**
☐ **Sans profession**
☐ **Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A**
☐ **Autre retraité**

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.

Exemplaire Adhérent

	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	
Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années y compris des cigarettes électroniques?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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 ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	Si oui, le(s)quel(s) : Assuré 1 : ....
Souhaitez-vous être garanti(e) pour ce(s) sport(s) ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	Assuré 2 : ....

Caractéristique(s) de l'Assurance : **Date de début de l'assurance** (date de signature de l'offre de prêt)(1) : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

(1) 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 Code postal et ville	..... ☐☐☐☐☐	..... ☐☐☐☐☐ .....
Téléphone	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Email	.....	.....
Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez :		
Adresse	.....	.....
Code Postal et Ville	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐ .....
Email	.....	.....
Téléphone	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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		TEG sans assurance(3)	Frais de dossier de banque (3)
1	..... €	☐ Amortissable à mensualités constantes ☐ Prêt à paliers(2) ☐ Relais ☐ In fine ☐ Autre(2) :	☐☐☐ mois dont ☐☐☐ mois de différé	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	..... %	☐ Fixe ☐ Variable	..... %	..... €
2	..... €	☐ Amortissable à mensualités constantes ☐ Prêt à paliers(2) ☐ Relais ☐ In fine ☐ Autre(2) :	☐☐☐ mois dont ☐☐☐ mois de différé	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	..... %	☐ Fixe ☐ Variable	..... %	..... €
3	..... €	☐ Amortissable à mensualités constantes ☐ Prêt à paliers(2) ☐ Relais ☐ In fine ☐ Autre(2) :	☐☐☐ mois dont ☐☐☐ mois de différé	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	..... %	☐ Fixe ☐ Variable	..... %	..... €

(2) 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.
(3) Compléter le TEG sans assurance ou les frais de dossier de banque par prêt. Si les frais de dossier de banque sont exprimés pour l'ensemble des prêts, nous vous invitons à les reporter sur le prêt dont le montant à assurer est le plus élevé.

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
1er palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
2e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
3e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
4e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois

Exemplaire Adhérent

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)	..... % (1)	..... % (1)	..... % (1)	..... % (1)	..... % (1)
	03 ☐ 30 j 02 ☐ 60 j	03 ☐ 30 j 02 ☐ 60 j	03 ☐ 30 j 02 ☐ 60 j	03 ☐ 30 j 02 ☐ 60 j	03 ☐ 30 j 02 ☐ 60 j	03 ☐ 30 j 02 ☐ 60 j
	01 ☐ 90 j 04 ☐ 180 j	01 ☐ 90 j 04 ☐ 180 j	01 ☐ 90 j 04 ☐ 180 j	01 ☐ 90 j 04 ☐ 180 j	01 ☐ 90 j 04 ☐ 180 j	01 ☐ 90 j 04 ☐ 180 j
Option Confort (AT/A1 - niveau 2)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Option Confort + (AT/A1 - niveau 3)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
IPP (IL/L1)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Invalidité Spéciale Professions Médicales (IP/P1)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Garantie Chômage (CH)(2)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(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)

Paiement par prélèvement automatique	Périodicité :	☐ Mensuelle*	☐ Trimestrielle*	☐ Semestrielle*	☐ Annuelle * 16 € minimum
Indiquez le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1er et le 10 du mois : ☐☐					
Cotisation à l'Association des Assurés APRIL : 0,80 €/mois (Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés 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 APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de PREVOIR-Vie et PREVOIR-Risques divers (PRE2015P01/PRE2015P02) pour les garanties Assurance de prêt APRIL et à la convention Garantie Chômage (BOAPA00325) souscrite par elle auprès d'ACE Group. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés APRIL (www.association-assures-april.fr).

Pour chacune des garanties souscrites, je déclare avoir reçu et pris connaissance des Notices valant conditions générales référencées PRT150115 pour les garanties d'Assurance de Prêt APRIL, GCH131013 pour la Garantie Chômage qui sont jointes à ma demande d'adhésion, 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 valant conditions générales 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 mon contrat 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 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, 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 susmentionnée).

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 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"	La signature de l'Assuré 1 précédée de la mention "lu et approuvé"	La signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"	Cachet et visa de l'assureur-conseil
✘	✘	✘	✘ CAPRILA 163 RUE DES BLAINS 92220 BAGNEUX Tél : 01 45 36 00 55 Email :

Exemplaire Adhérent

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

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

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat :
(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.

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**

F R _____

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

_____

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

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : F R 8 5 A S P 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : ☒ Paiement récurrent
☐ Paiement ponctuel

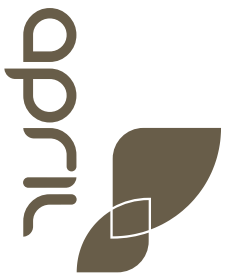
Signé à* : _____

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.

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



LES FORMALITÉS MÉDICALES À ACCOMPLIR - ADP APRIL

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

<table>
<tr><th></th><th>45 ans ou moins</th><th>De 46 ans à 54 ans</th><th>De 55 ans à 64 ans</th><th>De 65 ans à 80 ans</th></tr>
<tr><td>De 18 000 €[1] à 100 000 €</td><td rowspan="3">Déclaration d'État de Santé</td><td rowspan="2">Questionnaire de Santé</td><td colspan="2">Questionnaire de Santé</td></tr>
<tr><td>De 100 001 € à 250 000 €</td><td colspan="2">Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 2 + à partir de 300001 € : Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs</td></tr>
<tr><td>De 250 001 € à 300 000 €</td><td>Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 2 + à partir de 300001 € : Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs</td><td colspan="2" rowspan="3">Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 2 + à partir de 300001 € : Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs</td></tr>
<tr><td>De 300 001 € à 500 000 €</td><td>Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 1 + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs</td><td>Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 2 + à partir de 300001 € : Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs</td></tr>
<tr><td>De 500 001 € à 1 000 000 €</td><td>Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 1 + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs</td><td>Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin2 + à partir de 300001 € : Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs</td></tr>
<tr><td>De 1 000 001 € à 1 600 000 €</td><td>Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin 4 + Chimie des urines + Dosage de la cotinine urinaire pour les non fumeurs</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>De 1 600 001 € à 2 200 000 €</td><td>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</td><td colspan="2">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</td><td>Nous consulter</td></tr>
<tr><td>De 2 200 001 € à 4 600 000 €[2]</td><td>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</td><td colspan="2">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</td><td>Nous consulter</td></tr>
</table>

[EXCLUSIVITE APRIL] Grâce à la télésélection médicale par téléphone plus aucune autre formalité médicale obligatoire (prise de sang, rapport médical...). Rapprochez-vous de votre assureur-conseil pour en bénéficier.

(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'examens 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**.

SPORT 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, Débourrage, 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.

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

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

À 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.

Réf. 18652 - 2015/01 - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Santé Prévoyance présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Santé Prévoyance S.A. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.

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.

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

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

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

DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX CONNUS?

ACCÉLÉRER VOS DÉMARCHES AVEC LA TÉLÉSÉLECTION MÉDICALE PAR TÉLÉPHONE

TÉLÉSÉLECTION MÉDICALE :

Un accompagnement personnalisé : une équipe d'experts dûment habilités pour recevoir des informations de nature médicale est à vos côtés pour recueillir par téléphone (la conversation téléphonique n'est pas enregistrée) les informations relatives à votre état de santé. Les informations recueillies par le télé conseiller sont retranscrites dans le Questionnaire de santé qui vous est adressé par courriel à l'adresse déclarée, le tout pour signature manuscrite.

Rapidité : une tarification sous 24h dans la majorité des cas.

Pour bénéficier de ce service, envoyez la demande d'adhésion spécifique avec la Déclaration d'Etat de Santé complétée.

EN CAS DE FORMALITÉS MÉDICALES OBLIGATOIRES : RENDEZ-VOUS CHEZ CBSA ET ARM.

Pour accélérer votre dossier, réalisez vos formalités médicales chez nos partenaires. 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 :

N° Azur : 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 :

N° Azur : 0 810 203 285 (coût d'un appel local) du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h30 à 12h30.

3 REMPLISSEZ 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'hésitez pas à contacter votre assureur-conseil qui vous apportera les réponses et les solutions adaptées

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.

› La simulation de prêt 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).

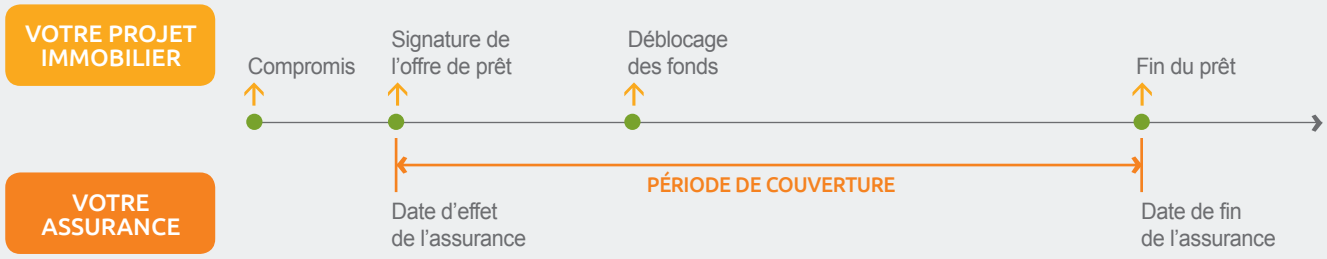
› Les annexes concernées, si vous avez souscrit à l'option prévoyance (annexe 1) ou à la Garantie Chômage (annexe 4).

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. : 09 74 50 75 75 - 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 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.**

PRT0501 - ASSURANCE DE PRÊT APRIL

DESUNE

n° adhérent :

n° de l'assureur-conseil : 66789

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

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)** ?	☐ Oui	☐ 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) ?	☐ Oui	☐ Non
3	Avez-vous eu un accident ayant entrainé des séquelles ?	☐ Oui	☐ 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 ?	☐ Oui	☐ 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 ?	☐ Oui	☐ 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 ?	☐ Oui	☐ 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 ?**	☐ Oui	☐ Non
7	En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?	☐ Oui	☐ 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

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.

Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature

apri | 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.**

PRT0501 - ASSURANCE DE PRÊT APRIL

SECODES

n° adhérent :

n° de l'assureur-conseil : 66789

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

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)** ?	☐ Oui	☐ 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) ?	☐ Oui	☐ Non
3	Avez-vous eu un accident ayant entrainé des séquelles ?	☐ Oui	☐ 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 ?	☐ Oui	☐ 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 ?	☐ Oui	☐ 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 ?	☐ Oui	☐ 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 ?**	☐ Oui	☐ Non
7	En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?	☐ Oui	☐ 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

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.

Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature

apri | 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.**

n° adhérent :

n° de l'assureur-conseil : 66789

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

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)**? ☐ Oui ☐ 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)** ? ☐ Oui ☐ 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 ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 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 ?** ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez : Pourquoi :..... Quand (mois/année) :……/…… Durée : .....
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Pourquoi ..... A quel taux : .....
4	Avez-vous eu un accident ayant entrainé des séquelles ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez (*) : Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 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 ?** ☐ Oui ☐ 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 ?** ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez : Lequel : ..... 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) ?** ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez (*) : Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 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 ?** ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez (*) : Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 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 ? ☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage

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

	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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Votre tension artérielle actuelle : ..... (Systolique/Diastolique)
	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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
	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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Localisation précise (exemple : épaule, genou) : ..... Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : ☐ Cervical ☐ Dorsal ☐ Lombaire ☐ 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?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
	i) Endocrino-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?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
	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?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
	k) Génitale : D'endométriose, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
9	**Dans les 6 prochains mois,** avez-vous un ou des séjours en milieu hospitalier prévus ?	☐ Oui ☐ 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 ?	☐ Oui ☐ 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 ?**	☐ Oui ☐ 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

✘

☐ 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.

Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

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

n° adhérent :

n° de l'assureur-conseil : 66789

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

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) 2 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)**? ☐ Oui ☐ 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)** ? ☐ Oui ☐ 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 ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 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 ?** ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez : Pourquoi :..... Quand (mois/année) :……/…… Durée : .....
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Pourquoi ..... A quel taux : .....
4	Avez-vous eu un accident ayant entrainé des séquelles ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez (*) : Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 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 ?** ☐ Oui ☐ 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 ?** ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez : Lequel : ..... 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) ?** ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez (*) : Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 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 ?** ☐ Oui ☐ Non	Si oui, précisez (*) : Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ 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 ? ☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage

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

	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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Votre tension artérielle actuelle : ..... (Systolique/Diastolique)
	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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
	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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Localisation précise (exemple : épaule, genou) : ..... Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : ☐ Cervical ☐ Dorsal ☐ Lombaire ☐ 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?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
	i) Endocrino-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?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
	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?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
	k) Génitale : D'endométriose, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) 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 ?	☐ Oui ☐ Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Fin : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
9	**Dans les 6 prochains mois,** avez-vous un ou des séjours en milieu hospitalier prévus ?	☐ Oui ☐ 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 ?	☐ Oui ☐ 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 ?**	☐ Oui ☐ 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

✘

☐ 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.

Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

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

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
☐☐ % assuré par le contrat groupe souscrit auprès de votre banque (1).	☐☐ % assuré par le contrat groupe souscrit auprès de votre banque (1).
☐ Offre de prêt non signée ☐ Offre de prêt signée, date de signature : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	

(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	
☐☐ % au bénéfice de l'organisme prêteur.	☐☐ % au bénéfice du tiers bénéficiaire.	☐☐ % au bénéfice de l'organisme prêteur.	☐☐ % au bénéfice du tiers bénéficiaire.

2 - CHOIX DU TIERS BÉNÉFICIAIRE

ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
☐ 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	☐ 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
☐ Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) .... , à défaut mes héritiers nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales	☐ Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) .... , à défaut mes héritiers nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales

3 - SIGNATURE

Fait à ..... **le** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nom : ..... **Prénom :** ..... **La signature de l'Assuré 1** ✘	**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **La signature de l'Assuré 2** ✘

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.

À 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 ».

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

ANNEXE 3 - CAUTIONS

EMPRUNTEUR ET CO-EMPRUNTEUR NON CONCERNÉS

Veuillez 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
☐ Prêt 1 ☐ Prêt 2 ☐ Prêt 3 ☐ Tous les prêts	☐ Prêt 1 ☐ Prêt 2 ☐ Prêt 3 ☐ Tous les prêts
☐ Mes héritiers légaux nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales.	☐ Mes héritiers légaux nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales.
☐ Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) .... , à défaut mes héritiers nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales	☐ Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) .... , à défaut mes héritiers nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales
☐ Prêteur mentionné dans la demande d'adhésion.	☐ Prêteur mentionné dans la demande d'adhésion.

Fait à ..... **le** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nom : ..... **Prénom :**	**Nom :** ..... **Prénom :** .....
La signature de l'Assuré 1	**La signature de l'Assuré 2**
✘	✘

ANNEXE 4 - POUR SOUSCRIRE LA GARANTIE CHÔMAGE

ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
☐ En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :	☐ En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :

- 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 : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

- 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 : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Fait à ..... **le** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nom : ..... **Prénom :**	**Nom :** ..... **Prénom :** .....
La signature de l'Assuré 1	**La signature de l'Assuré 2**
✘	✘

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.