

DEMANDE D'ADHÉSION  
2015

---

# ASSURANCE DE PRÊT SOLUTIONS



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



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

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

<sup>(1)</sup> 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	.....	.....
Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez :		
Adresse	.....	.....
Code Postal et Ville	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....
Email	.....	.....
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 <sup>(3)</sup>	Frais de dossier de banque <sup>(3)</sup>
1	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre <sup>(2)</sup> : .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	..... % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable	..... %	..... €
2	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre <sup>(2)</sup> : .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	..... % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable	..... %	..... €
3	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre <sup>(2)</sup> : .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	..... % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable	..... %	..... €

<sup>(2)</sup> 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.

<sup>(3)</sup> 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
1 <sup>er</sup> palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
2 <sup>e</sup> palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
3 <sup>e</sup> palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
4 <sup>e</sup> palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois

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)	..... % <sup>(1)</sup>					
ITT/IPT (AT/A1-niveau 1) Franchise 90 jours	..... % <sup>(1)</sup>					
Option Confort + (AT/A1-niveau 3)	<input type="checkbox"/>					

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

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 1<sup>er</sup> 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 : 45 € (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 et aux conventions souscrites par elle auprès d'AXERIA Prévoyance (Assurance de Prêt Solutions (2013P01) et Assurance de Prêt Solutions AERAS (2013P02)). Les dispositions de ces conventions définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans la Notice valant conditions générales référencée PRE150615 dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL (Association 3A) joint à la Notice, lesquels sont consultables dans leur intégralité sur [www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr) ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

J'atteste être informé(e) que je peux renoncer à mon contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans le délai prévu par la Notice 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 la Notice. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales applicable est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée 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. Notre société met en oeuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cadre, les données peuvent être transmises aux assureurs, réassureurs, intermédiaires, autorités judiciaires et autres organismes concernés par la Fraude. 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 l'Assureur 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 <b>CABINET LASSUREUR</b> <b>PASSAGE MARCILLY</b> <b>71100 CHALON SUR SAONE</b> <b>CODE 71316</b>  
--	--	--	--

**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.

Nom du créancier : ASP

I.C.S. :

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

LYON CEDEX 03

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués\*

Votre nom\* : \_\_\_\_\_

Votre prénom\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code Postal\* :     Ville\* : \_\_\_\_\_

Pays\* : \_\_\_\_\_

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

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

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

Type de paiement\* :  Paiement récurrent  
 Paiement ponctuel

Signé à\* : \_\_\_\_\_

Date\* :  /  /

Signature(s)\* : \_\_\_\_\_

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

## LES PROFILS D'EMPRUNTEURS COUVERTS PAR ASSURANCE DE PRÊT SOLUTIONS

Assurance de prêt Solutions est spécialement conçu pour couvrir les emprunteurs présentant un profil spécifique médical et/ ou professionnel et/ ou géographique.

### PROFESSIONS CONCERNÉES

<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Policier</b></li><li>● <b>Pompier professionnel/sauveteur</b></li><li>● <b>Gendarme</b></li><li>● <b>Militaire</b></li><li>● <b>Profession de la sécurité/surveillance avec port d'arme</b></li><li>● <b>Profession avec activité en mer</b></li><li>● <b>Professions relatives au spectacle/à l'audiovisuel/au cirque<sup>(1)</sup></b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Profession relative à l'astrologie</b></li><li>● <b>Secteur pétrolier (raffinage, exploitation, plate-forme)</b></li><li>● <b>Sportif professionnel/entraîneur/arbitre</b></li><li>● <b>Artificier/usage d'explosifs</b></li><li>● <b>Guide de haute montagne/moniteur de ski</b></li><li>● <b>Activités humanitaires,...</b></li></ul>
---	--

### PATHOLOGIES CONCERNÉES

Assurance de Prêt Solutions couvre les emprunteurs atteints de pathologies aggravées telles que : 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, hépatite C,...

### PAYS CONCERNÉS

Les emprunteurs résidant hors de la France, de l'Union Européenne (UE) et de l'Espace Economique Européen (EEE).

## LISTE DES ACTIVITÉS SPORTIVES ASSURABLES

Vous pouvez être assuré pour la pratique de votre sport si vous pratiquez, même en qualité d'amateur, un sport faisant partie d'une des activités sportives spécifiques suivantes:

<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Sports équestres</b> : concours hippiques, rodéo, cross country,...</li><li>● <b>Sports automobiles ou motocycles</b> : stock car, courses de côte, rallyes...</li><li>● <b>Sports de montagne</b> : patinage en compétition, bobsleigh, moto neige...</li><li>● <b>Sports nautiques</b> : course d'off shore, canyoning, catamaran,...</li><li>● <b>Sports de combat</b></li><li>● <b>Sports aériens</b></li><li>● <b>Saut à l'élastique</b></li><li>● <b>VTT en compétition</b></li></ul>
--

<sup>(1)</sup> Pour les professions relatives au spectacle, à l'audiovisuel ou au cirque : joindre vos avis d'imposition et une déclaration du nombre d'heures travaillées des deux dernières années.

## JE JOINS À MON ENVOI

- Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée par l'assuré et/ou l'adhérent (pages 2, 3 et 4),
- Mon relevé d'identité bancaire,
- Mon formulaire de mandat SEPA,
- Le(s) questionnaire(s) complémentaire(s) et les justificatifs médicaux

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium  
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 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.

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

n° adhérent : 

QPREM

n° de l'assureur-conseil : 71316

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT SOLUTIONS

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

ASSURÉ(E) 1 NOM : .....		PRÉNOM : .....	DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/>
<b>b) Cardio-vasculaire</b> : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
		Votre tension artérielle actuelle : ..... (Systolique/Diastolique)	
<b>c) Ophtalmologique / ORL</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
		Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : ..... Gauche : .....	
		<b>*Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.</b>	
<b>d) Dermatologique</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>e) Articulaire</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Localisation précise (exemple : épaule, genou) : .....	
		Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés :	
		<input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré	
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>f) Digestive</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>g) Neuro-musculaire</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>h) Cancer</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>i) Endocrino-métabolique</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>j) Urino-rénale</b> : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>k) Génitale</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>l) Nerveuse</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>m) Autres Maladies</b> : 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(des) maladie(s) : .....	Nature du traitement : .....
		Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fin : <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>9</b> Dans les 6 prochains mois, avez-vous un ou des séjours en milieu hospitalier prévus ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Début : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nature de l'hospitalisation : .....
<b>10</b> 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) : .....	
<b>11</b> 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	<b>Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.</b>	

**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

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

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

le

La signature de l'Assuré 1



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

n° adhérent :          n° de l'assureur-conseil :          

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT SOLUTIONS

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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		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 ( <b>hors congés légaux pour maternité</b> ) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : ..... Depuis quand : .....		
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des <b>10 dernières années</b> sur prescription médicale, pour raison de santé ( <b>hors congés légaux pour maternité</b> ) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi : ..... Quand (mois/année) : ...../..... Durée : .....		
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pourquoi : ..... A quel taux ou quelle catégorie : ..... Quel est l'organisme qui vous verse la prestation : .....		
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale <b>au cours des 15 dernières années</b> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : ..... Quand (mois/année) : ...../..... Durée : .....		
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pourquoi : ..... A quel taux : .....		
4	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : ..... *Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident		
5	a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, <b>sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites</b> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : ..... Pourquoi : ..... Depuis quand : ..... <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Par le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</div>		
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours <b>au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites</b> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 ( <b>sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale</b> ) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison : ..... Durée du séjour : ..... Résultats : ..... *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés		
7	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie), <b>hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse</b> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison : ..... Durée du séjour : ..... Résultats : ..... *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés		
8	<b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :</b>				
	a) <b>Respiratoire</b> : d'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : ..... Nature du traitement : ..... Début : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		



april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 0478536518 - [www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A. au capital de 500000€ - RCS Lyon 428 702 419  
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 ([www.orias.fr](http://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 AXERIA Prévoyance.



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