

CLIQUEZ ICI POUR CALCULER VOTRE ASSURANCE DE CREDIT

Faites votre
simulation
(en - de 10 secondes)

Recevez votre
tarification
immédiatement

Contactez un
conseiller pour
souscrire

Recevez votre
contrat d'assurance
dans la journée
(si pas de pb médical)

CLIQUEZ ICI POUR CALCULER VOTRE ASSURANCE DE CREDIT



adhésion

Demande **d'adhésion** 2007/2008
Assurance de Prêt Senior 2

[des solutions] pour les 60 ans et plus



Garantie décès/invalidité performante (adhésion possible de 60 à 80 ans) pour assurer de 7 500 à 310 000 €.

Formalités médicales allégées.

Prêteur : Adresse :

Code Postal : [][][][] Ville : Tél portable : [][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][]

Email :

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

Adresse :

Code Postal : [][][][] Ville : Tél portable : [][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][]

Email :

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

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

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

| Assuré 1 | | | Assuré 2 | | |
|-----------|---------------------------------|--|-----------|---------------------------------|--|
| | Taux de couverture DC/PTIA (DC) | Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (1) | | Taux de couverture DC/PTIA (DC) | Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (1) |
| Emprunt 1 |% |€ TTC | Emprunt 1 |% |€ TTC |
| Emprunt 2 |% |€ TTC | Emprunt 2 |% |€ TTC |
| Emprunt 3 |% |€ TTC | Emprunt 3 |% |€ TTC |

Attestation Non Fumeur Assuré 1(NF)

Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 10 ans à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical. Je m'engage à informer l'assureur si je recommence à fumer même occasionnellement, pendant la durée du contrat.

L'assureur se réserve le droit de pratiquer pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il jugera nécessaire.

Date : [][][][][]

La signature de l'Assuré 1

Attestation Non Fumeur Assuré 2(NF)

Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 10 ans à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical. Je m'engage à informer l'assureur si je recommence à fumer même occasionnellement, pendant la durée du contrat.

L'assureur se réserve le droit de pratiquer pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il jugera nécessaire.

Date : [][][][][]

La signature de l'Assuré 2

(1)Indiqué sur votre étude personnalisée.

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

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA Prévoyance pour les garanties Assurance de prêt.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant note d'information, référencées PRS 2 06-12/06, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances.

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

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

Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur de l'Association des Assurés d'APRIL.

Fait à : [][][][] Date : [][][][][]

| | | |
|---|---|---|
| <p>La signature de l'Adhérent (si différent de l'Assuré 1), précédée de la mention "lu et approuvé"</p> | <p>La signature de l'Assuré 1 précédée de la mention "lu et approuvé"</p> | <p>La signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"</p> |
|---|---|---|

Questionnaire de santé

N° adhérent

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 Assurances. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. 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 Assurances - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

| Assuré 1 | | Nom : | Prénom : |
|----------|--|---|---|
| | | Poids : en kg | Taille :en cm |
| 1 | Avez-vous été hospitalisé dans les 10 dernières années pendant plus de 10 jours ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Date début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature ? Séquelles ? |
| 2 | Etes-vous pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Motif ? |
| 3 | Suivez-vous un traitement pour hypertension artérielle ? diabète ? troubles circulatoires ? cholestérol ? affection hormonale ? affections neuropsychiques ? affection gastrique ? affection génitale ? goutte ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lequel ? Traitement ? |
| 4 | Etes-vous atteint d'une maladie cardiaque, et/ou vasculaire ? d'une maladie respiratoire ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nature ? Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Traitement ? Fréquence ? |
| 5 | Etes-vous atteint d'une malformation congénitale ou d'une infirmité ? de troubles de la vision ou auditif ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nature ? Séquelles ? Pour les troubles de vision, précisez l'acuité visuelle après correction : OD OG |
| 6 | Etes-vous atteint d'une affection rénale ou hépatique ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nature ? Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Traitement ? Fréquence ? |
| 7 | Avez-vous des maladies rhumatismales ou des os, des affections discovertébrales, de l'arthrose, des problèmes de hanche ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Siège des lésions ? Traitement ? |
| 8 | Avez-vous eu d'autres maladies ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lesquelles ? Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 9 | Pratiquez-vous un sport ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, lequel ? Souhaitez-vous être garanti pour ce risque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (exclusion médicale, surprime,...). 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 Assurances. Je reconnais être informé (e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances

Date : La signature de l'Assuré 1

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

| Assuré 2 | | Nom : | Prénom : |
|----------|--|---|---|
| | | Poids : en kg | Taille :en cm |
| 1 | Avez-vous été hospitalisé dans les 10 dernières années pendant plus de 10 jours ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Date début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature ? Séquelles ? |
| 2 | Etes-vous pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Motif ? |
| 3 | Suivez-vous un traitement pour hypertension artérielle ? diabète ? troubles circulatoires ? cholestérol ? affection hormonale ? affections neuropsychiques ? affection gastrique ? affection génitale ? goutte ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lequel ? Traitement ? |
| 4 | Etes-vous atteint d'une maladie cardiaque, et/ou vasculaire ? d'une maladie respiratoire ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nature ? Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Traitement ? Fréquence ? |
| 5 | Etes-vous atteint d'une malformation congénitale ou d'une infirmité ? de troubles de la vision ou auditif ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nature ? Séquelles ? Pour les troubles de vision, précisez l'acuité visuelle après correction : OD OG |
| 6 | Etes-vous atteint d'une affection rénale ou hépatique ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nature ? Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Traitement ? Fréquence ? |
| 7 | Avez-vous des maladies rhumatismales ou des os, des affections discovertébrales, de l'arthrose, des problèmes de hanche ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Siège des lésions ? Traitement ? |
| 8 | Avez-vous eu d'autres maladies ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Lesquelles ? Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 9 | Pratiquez-vous un sport ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, lequel ? Souhaitez-vous être garanti pour ce risque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (exclusion médicale, surprime,...). 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 Assurances. Je reconnais être informé (e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances

Date : La signature de l'Assuré 2

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

Formalités médicales

| Capital assuré | Age à la souscription jusqu'à 80 ans |
|--------------------------------|--|
| De 7 500 € à 75 000 € | Questionnaire de santé (9 questions) |
| De 75 001 € à 150 000 € | Questionnaire de santé + Rapport médical |
| De 150 001 € jusqu'à 310 000 € | Dossier Médical Standard |

Dossier médical standard : Proposition avec questionnaire de santé + rapport médical + Profil sanguin 1 + examen cyto bactériologique des urines et chimie des urines + électrocardiogramme avec rapport du cardiologue.

Profil Sanguin 1 : Numération Formule sanguine, vitesse de sédimentation, dosage de la glycémie, de la créatinine, de l'urée, de l'acide urique, recherche des anticorps HIV1 et 2 par enzymologie (2 réactifs), bilan enzymatique hépatique (avec Gamma GT, transaminases SGOT et SGPT, phosphatases alcalines), bilan lipidique (avec cholestérol total, HDL, LDL, rapport cholestérol total / HDL, triglycérides), dosage des antigènes HBs, des anticorps anti HBc, dosage des anticorps anti HCV.

Remboursement des frais médicaux

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

- Une fois l'adhésion effective.
- En cas de refus de la part d'APRIL Assurances.
- En cas de proposition d'adhésion sous condition de la part d'APRIL Assurances. 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 Assurances.
- L'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.




Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée par les 2 assurés (pages 2, 3, 4 et 5).**
- 2 Mon relevé d'identité bancaire ou postal.**
- 3 Les justificatifs médicaux si le questionnaire contient des réponses positives.**

APRIL Assurances à vos côtés

Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, APRIL Assurances s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une qualité de gestion hors normes en 24 heures.

-  **Santé et Prévoyance individuelle et du professionnel**...Tél. **0891 46 9000** (0,23 € TTC/min)
-  **Santé et Prévoyance entreprise**.....Tél. **04 72 36 75 35**
-  **Assurance de Prêt**.....Tél. **0891 46 6000** (0,23 € TTC/min)

www.april.fr

[Notre engagement, votre satisfaction]

Satisfaction clients assurés*



Satisfaction Assureurs-conseils*



Une société certifiée
ISO 9001 version 2000

Des solutions pour tous et pour chacun

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées, lui permettant de répondre aux attentes de chacun (familles, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants, voyageurs...) et à tous les moments de leur vie.

-  **assurance automobile et habitation**.....www.april-iard.fr
-  **épargne, retraite et défiscalisation**.....www.april-patrimoine.fr
-  **assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs**.....www.april-mobilite.fr

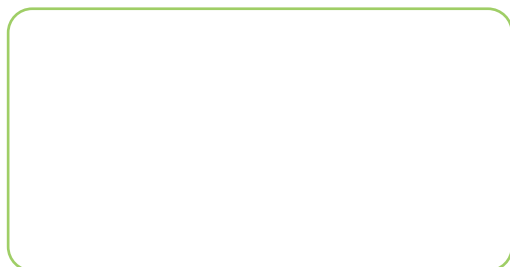
APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

A sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **2 060 collaborateurs et 40 sociétés du groupe**.

Depuis 1997, APRIL GROUP est coté à la Bourse de Paris. Il a réalisé en 2006 un chiffre d'affaires de 520,4 millions d'euros.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil



APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr



S.A. au capital de 500 000 € à Directoire et Conseil de Surveillance - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr) - Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.