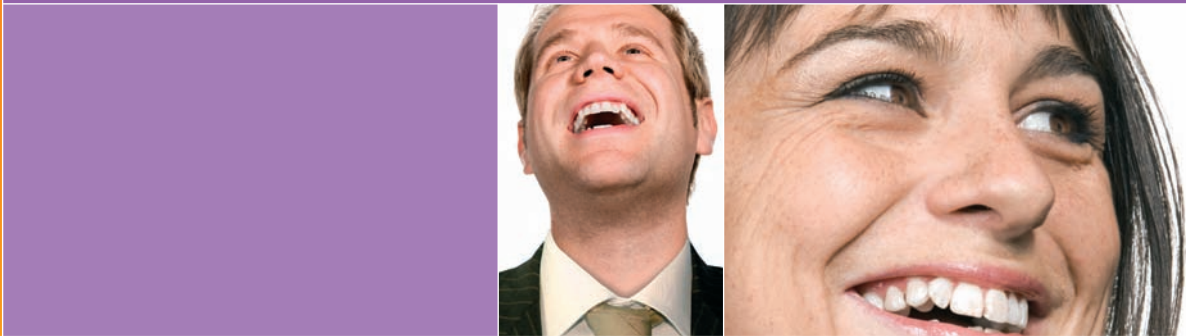




# **Demande d'adhésion 2007/2008** ***Assurance de prêt Standard 3***

[ des solutions ] pour les moins de 60 ans



***Une couverture souple et  
complète pour tous les prêts  
de 16 000 à 310 000 €.***

***Garantie Arrêt de Travail  
complète et sécurisante.***

***Nouveau : Garantie caution  
renforcée***

# Demande d'adhésion

PRE 7501

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° de l'assureur-conseil      n° adhérent

Fax transmis le

Etes-vous déjà assuré chez APRIL Assurances  Oui  Non

**Adhérent (si différent de l'Assuré 1)**

Raison sociale/nom : .....

Adresse : ..... Code postal :     Ville : .....

**Assuré 1**  M.  Mme  Mlle

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance

Statut :  Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale  Non cadre  Commerçant / Artisan  Exploitant agricole  Autres : .....

Profession exacte : ..... Secteur d'activité : .....

Travail à l'étranger (hors UE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle Zélande)  Non  Oui Pays : .....

Nbre de km professionnels/an (en véhicule terrestre à moteur, hors trajet domicile/travail) :  - 15 000 km/an  + 15 000 km/an

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?\*  Oui  Non  
\*Toutes activités quotidiennes de manipulation et/ou déplacement d'objets/marchandises de plus de 15 kg.

Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?  Oui  Non

Contrat de travail :  CDI  CDD  Intérimaire / Saisonnier

Adresse actuelle pour les correspondances : .....

Code Postal :     Ville : ..... E-mail : .....

Téléphone Portable (ou domicile) :           Date prévue de déménagement :

Adresse future : .....

Code postal :     Ville : .....

**Assuré 2**  M.  Mme  Mlle (les courriers pour cette adhésion seront uniquement envoyés à l'assuré 1)

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance

Statut :  Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale  Non cadre  Commerçant / Artisan  Exploitant agricole  Autres : .....

Profession exacte : ..... Secteur d'activité : .....

Travail à l'étranger (hors UE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle Zélande)  Non  Oui Pays : .....

Nbre de km professionnels/an (en véhicule terrestre à moteur, hors trajet domicile/travail) :  - 15 000 km/an  + 15 000 km/an

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?\*  Oui  Non  
\*Toutes activités quotidiennes de manipulation et/ou déplacement d'objets/marchandises de plus de 15 kg.

Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?  Oui  Non

Contrat de travail :  CDI  CDD  Intérimaire / Saisonnier

**Paiement par prélèvement automatique** Périodicité :  mensuelle  trimestrielle  semestrielle  annuelle

Frais d'échéance : 2,29 € par échéance Droit d'adhésion : 20 € (ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances)

**Caractéristiques du (des) prêt(s) :**

Objet du financement :  Résidence principale  Prêt professionnel  Prêt à la consommation  Autres

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Date de déblocage des fonds	Taux d'intérêt
1	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> autre .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <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="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
2	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> autre .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <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="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
3	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> autre .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <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="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable

**Important**  
Pour les prêts de type "autre" (en particulier : prêt à débloques successifs, à paliers, à intérêts capitalisés, à mensualités non constantes, modulable, Europlan, crédit bail...), merci de fournir une copie du tableau d'amortissement, ou à défaut une copie de l'offre de prêt.

Cachet et visa de l'assureur-conseil

**Organisme prêteur :** ..... Adresse : .....

Code Postal :     Ville : ..... Téléphone :       Fax :

Email : .....

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

Adresse : .....

Code Postal :     Ville : ..... Téléphone :       Fax :

Email : .....

Si le bénéficiaire n'est pas le prêteur, nous adresser l'accord écrit de la banque et préciser la clause bénéficiaire (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								
	Emprunteur	Caution	Taux de couverture DC/PTIA (DC)	Taux de couverture ITT/IPT (1)	Franchise ITT/IPT (AT) (2)	Option CONFORT (AS) (3)	Option Spéciale Professions Médicales (IP) (4)	Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (5)
Emprunt 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....%	.....%	03 <input type="checkbox"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC
Emprunt 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....%	.....%	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC
Emprunt 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....%	.....%		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC

Assuré 2								
	Emprunteur	Caution	Taux de couverture DC/PTIA (DC)	Taux de couverture ITT/IPT (1)	Franchise ITT/IPT (AT) (2)	Option CONFORT (AS) (3)	Option Spéciale Professions Médicales (IP) (4)	Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (5)
Emprunt 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....%	.....%	03 <input type="checkbox"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC
Emprunt 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....%	.....%	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC
Emprunt 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....%	.....%		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	..... € TTC

Je fais d'autres emprunts : je remplis la fiche "Prêts supplémentaires".

(1) Option ITT/IPT impossible : si le différé d'amortissement est supérieur à 36 mois, si résidence dans les DOM-TOM et Corse. (2) Pour les personnes sans profession, seules les franchises de 90 ou 180 jours sont possibles pour la garantie ITT/IPT. (3) Taux de couverture et franchise identiques à la garantie ITT/IPT. (4) Taux de couverture identique à la garantie Décès/PTIA. (5) Sous réserve d'acceptation par APRIL Assurances.

Pour les cautions uniquement merci d'indiquer le(s) bénéficiaire(s) désigné(s)	
Assuré 1	Assuré 2
<input type="checkbox"/> Mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales. <input type="checkbox"/> Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) : ..... ..... ..... à défaut mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales.	<input type="checkbox"/> Mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales. <input type="checkbox"/> Autre (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) : ..... ..... ..... à défaut mes héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales.

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 PRE3 07-10/07, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter 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 :

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"



# Questionnaire Santé

MERCI DE COCHER UNE CASE POUR CHAQUE QUESTION

## Important

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.

<b>Assuré 1</b>		<b>Nom :</b> .....	<b>Prénom :</b> .....
<b>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, que les personnes ayant 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, dont le résultat a été positif, ne sont pas couvertes par ADP Standard 3 et doivent souscrire une Assurance de Prêt Solution.</b>			
<b>1</b>	<b>Poids :</b> .....	<b>Taille :</b> .....	
<b>2</b>	Avez-vous fumé au cours des deux dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>3</b>	Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une affection, d'une maladie chronique ou récidivante, d'une infirmité ou de séquelles (accident ou maladie) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Type de maladie ou d'affection : ..... Quand : ..... Durée : .....
<b>4</b>	a- Etes-vous actuellement en Arrêt de Travail suite à accident ou maladie (sauf congés légaux de maternité) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : .....
	b- Avez-vous été en Arrêt de Travail de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand : .....
	c- Bénéficiez-vous d'un aménagement de votre temps et/ou des conditions de travail pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : ..... Date Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>5</b>	Avez-vous été opéré ou hospitalisé au cours des 10 dernières années (sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : ..... Quand : ..... Durée de l'hospitalisation : .....
<b>6</b>	Avez-vous ou avez-vous eu des maladies rhumatismales, des affections disco-vertébrales ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquelles : ..... Localisation des lésions : ..... Depuis quand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>7</b>	Avez-vous eu des lésions articulaires, musculaires ou ligamentaires au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquelles : ..... Localisation des lésions : ..... Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>8</b>	<b>Faire une croix dans chaque case.</b> Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pour chaque question où la réponse est oui, nous indiquer :
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- une affection cancéreuse,</li> <li>- une affection neurologique (ex : épilepsie,...),</li> <li>- une affection psychiatrique (ex : dépression nerveuse,...),</li> <li>- une affection métabolique (ex : cholestérol, triglycérides, diabète,...),</li> <li>- une affection pulmonaire (ex : asthme,...),</li> <li>- une affection rhumatismale (ex : lumbago, sciatique,...),</li> <li>- une affection endocrinienne (ex : thyroïde,...),</li> <li>- toute autre maladie avec traitement supérieur à un mois (ex : affection rénale, urinaire, génitale, hépatique, maladies infectieuses,...),</li> <li>- ou une affection cardiaque ou vasculaire (ex : hypertension artérielle,...)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui* <input type="checkbox"/> non	Motifs : ..... Traitement(s) médical(aux) suivi(s) : ..... Depuis quand : ..... Durée du traitement : ..... *Si oui, dernière tension artérielle connue :
<b>9</b>	a- Etes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale suivie ? (hors médecine du travail et suivi systématique en période de grossesse)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pourquoi : ..... Depuis quand : .....
	b- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : ..... Résultat : .....
	c- Au cours des 12 prochains mois, avez-vous prévu de faire des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : .....
<b>10</b>	Avez-vous une maladie des yeux, une myopie forte (après correction, moins de 8/10ème), une cécité même unilatérale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : ..... Traitement : ..... Pour troubles de la vision, précisez l'acuité visuelle après correction : OD : ..... OG : .....
<b>11</b>	Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand : .....
<b>12</b>	Pratiquez-vous l'un des sports de la liste "spécifique" au verso de ce document ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, le(s)quel(s) : ..... Souhaitez-vous être garanti pour ce(s) sport(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(1) Dans le cas de pratique d'un sport présentant un risque particulier une étude complémentaire sera réalisée.

**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.**

Fait à :  date :

La signature de l'assuré 1



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

# Questionnaire Santé

MERCI DE COCHER UNE CASE POUR CHAQUE QUESTION

## Important

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 2		Nom : .....		Prénom : .....	
<b>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, que les personnes ayant 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, dont le résultat a été positif, ne sont pas couvertes par ADP Standard 3 et doivent souscrire une Assurance de Prêt Solution.</b>					
1	Poids : .....	Taille : .....			
2	Avez-vous fumé au cours des deux dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
3	Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une affection, d'une maladie chronique ou récidivante, d'une infirmité ou de séquelles (accident ou maladie) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Type de maladie ou d'affection : ..... Quand : ..... Duré : .....	
4	a- Etes-vous actuellement en Arrêt de Travail suite à accident ou maladie (sauf congés légaux de maternité) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif : .....	
	b- Avez-vous été en Arrêt de Travail de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Depuis quand : .....	
	c- Bénéficiez-vous d'un aménagement de votre temps et/ou des conditions de travail pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif : ..... Date Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5	Avez-vous été opéré ou hospitalisé au cours des 10 dernières années (sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif : ..... Quand : ..... Durée de l'hospitalisation : .....	
6	Avez-vous ou avez-vous eu des maladies rhumatismales, des affections disco-vertébrales ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquelles : ..... Localisation des lésions : ..... Depuis quand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7	Avez-vous eu des lésions articulaires, musculaires ou ligamentaires au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lesquelles : ..... Localisation des lésions : ..... Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8	<b>Faire une croix dans chaque case.</b> Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour chaque question où la réponse est oui, nous indiquer :	
	- une affection cancéreuse,	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motifs : .....	
	- une affection neurologique (ex : épilepsie,...),	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	
	- une affection psychiatrique (ex : dépression nerveuse,...),	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	
	- une affection métabolique (ex : cholestérol, triglycérides, diabète,...),	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Traitement(s) médical(aux) suivi(s) : .....	
	- une affection pulmonaire (ex : asthme,...),	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	
	- une affection rhumatismale (ex : lumbago, sciatique,...),	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....	
- une affection endocrinienne (ex : thyroïde,...),	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	.....		
- toute autre maladie avec traitement supérieur à un mois (ex : affection rénale, urinaire, génitale, hépatique, maladies infectieuses,...),	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Depuis quand : ..... Durée du traitement : .....		
- ou une affection cardiaque ou vasculaire (ex : hypertension artérielle,...)	<input type="checkbox"/> oui*	<input type="checkbox"/> non	*Si oui, dernière tension artérielle connue :		
9	a- Etes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale suivie ? (hors médecine du travail et suivi systématique en période de grossesse)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pourquoi : ..... Depuis quand : .....	
	b- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif : ..... Résultat : .....	
	c- Au cours des 12 prochains mois, avez-vous prévu de faire des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif : .....	
10	Avez-vous une maladie des yeux, une myopie forte (après correction, moins de 8/10ème), une cécité même unilatérale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Motif : ..... Traitement : ..... Pour troubles de la vision, précisez l'acuité visuelle après correction : OD : ..... OG : .....	
11	Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Depuis quand : .....	
12	Pratiquez-vous l'un des sports de la liste "spécifique" au verso de ce document ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, le(s)quel(s) : ..... Souhaitez-vous être garanti pour ce(s) sport(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

(1) Dans le cas de pratique d'un sport présentant un risque particulier une étude complémentaire sera réalisée.

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.

Fait à :  date :

La signature de l'assuré 2

X

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

Professions exclues	Sports spécifiques*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convoyeur de fonds,</li> <li>• Travail de la mine ou souterrain ou galeries,</li> <li>• Guide de haute montagne/moniteur de ski,</li> <li>• Marin pêcheur,</li> <li>• Surveillance armée/maintien de l'ordre,</li> <li>• Pompier professionnel,</li> <li>• Sportif professionnel (y compris les sports avec usage d'un véhicule à moteur),</li> <li>• Artificier/usage d'explosifs,</li> <li>• Artiste de cinéma ou de télévision/intermittent du spectacle/professionnel du cirque.</li> </ul> <p>Pour ces professions, nous vous recommandons de faire appel à l'Assurance de Prêt Solution.</p> <p><b>Renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil.</b></p> <p>Cette liste est non exhaustive.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sports équestres</b> : concours complet d'équitation, concours et courses hippiques, cross country, polo, rodéo.</li> <li>• <b>Sports automobile et moto</b> : course de côtes (auto), épreuve de vitesse automobile, Formules 1/3000/3, rallyes, raid, stock car, course de moto sur circuit, quad en compétition, speedway, endurance moto, enduro, motocross, trial, karting (avec ou sans compétition).</li> <li>• <b>Sports de montagne</b> : alpinisme, escalade, luge en compétition, ski hors pistes balisées, bobsleigh, skeleton.</li> <li>• <b>Sports nautiques</b> : navigation au-delà de 20 miles des côtes, pêche ou plongée sous-marine d'une profondeur supérieure à 20 mètres avec ou sans équipement autonome, course hors bord, course d'off shore, canyoning, catamaran, rafting.</li> <li>• <b>Sports de combat</b> : arts martiaux en compétition, boxe (même amateur).</li> <li>• <b>Sports divers</b> : saut à l'élastique, VTT de descente en compétition, spéléologie.</li> <li>• <b>Sports aériens</b> : hélicoptère, aviation, ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, vol à voile, planeur.</li> </ul>

\*Pour ces sports spécifiques, une étude sera réalisée dans le cas où vous souhaitez être garanti pour la pratique d'un de ces sports.

## Formalités médicales

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

Capital assuré	Moins de 55 ans	De 55 à 60 ans
De 16 000 à 110 000 €	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé
De 110 001 à 230 000 €	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé + rapport médical
De 230 001 à 310 000 €	Questionnaire de santé + profil sanguin 1	Dossier médical standard

Dans le cas où vous bénéficiez déjà d'un contrat de prévoyance ou d'une assurance de prêt APRIL Assurances, des allègements de formalités médicales sont possibles.

**Rapport médical** : document envoyé par APRIL Assurances à faire compléter par un médecin.

**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 anti HIV1 et 2 par enzymologie (2 réactifs), bilan enzymatique hépatique (avec Gamma GT, transaminases SGOT-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.

**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.

### Remboursement des frais médicaux

Les frais d'examens 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.**

## Et après l'adhésion ?

**Votre demande d'adhésion est traitée dès sa réception par APRIL Assurances.**

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'adhérent comprenant :

- le guide de l'assuré (informations pratiques),
- votre certificat d'adhésion,
- votre avis d'échéance (situation de votre compte),
- un second exemplaire des conditions générales de votre contrat.

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

**En parallèle, vous recevrez directement à votre domicile votre autorisation de prélèvement automatique pré-remplie à signer et à retourner dans les plus brefs délais à votre banque.**

**\* Délégation de bénéfice :**

- la banque devient bénéficiaire de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt,
- le capital décès ou les échéances de votre prêt en cas d'arrêt de travail (si cette garantie a été souscrite), lui sont remboursés,
- toute modification du contrat doit se faire avec l'accord de votre banque.

## 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**

[www.april.fr](http://www.april.fr)



**Assurance de Prêt**..... Tél. **0891 46 6000** (0,23 € TTC/min)

### [ Notre engagement, votre satisfaction ]

Satisfaction clients assurés\*



Satisfaction Assureurs-conseils\*



Une société certifiée  
ISO 9001<sup>(1)</sup> version 2000

## APRIL des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

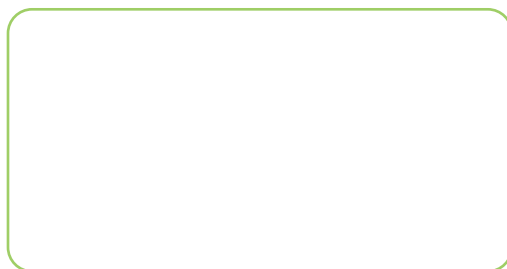
Pour en savoir plus sur nos solutions [www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## 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 sein de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille, de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **2 060 collaborateurs et aux 42 sociétés du groupe**.

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](http://www.april.fr)

