



Tarification

Demande **de tarification** 2007/2008
Assurance de Prêt Solution

[des solutions] sur mesure pour **les emprunteurs**



*Une tarification sur mesure :
pour les maladies aggravées,
les professions spécifiques
et les sports à risques,
pour les emprunts
de 16 000 à 1 220 000 €*

*Capital maximum assuré
en ITT/IPT : 310 000 €*

Demande de tarification

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

PRE 4101

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)

Raison sociale/Nom :
Adresse : Code Postal : Ville :

Assuré 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 :
Nbre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) : - 15 000 km/an + 15 000 km/an Travail à l'étranger (hors UE)
Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ? Oui Non Oui Pays :
Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ? Oui Non Non
Contrat de travail : CDI CDD Intérimaire / Saisonnier <1/2 temps

Adresse actuelle : Code Postal : Ville :
Email (pour envoi questionnaires médicaux) : Tél. domicile Tél. Portable
Date approximative de déménagement :

Adresse future : Code Postal : Ville :

Caractéristiques du prêt : **Date de début de l'assurance :** **Date du 1^{er} remboursement :**
(Date de signature de l'offre de prêt) Si non connue, la fixer une quinzaine de jours avant la date présumée de la signature de l'offre de prêt.

Montant du Prêt	Durée totale de Prêt (inclus période de différé ou d'anticipation)	Type de taux	Taux d'intérêt
..... Euros	<input type="text"/> <input type="text"/> Mois	<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable %

Si périodicité de remboursement du prêt autre que mensuelle, précisez :
Type de prêt : Classique Crédit Bail In Fine Modulable Prêt Relais Prêt à paliers
 Prêt à intérêts capitalisés Débloquages successifs Europlan Autre :
Date de déblocage des fonds : Différé d'amortissement ou période d'anticipation : Non Oui Nombre de mois :

Organisme prêteur :
Nom : Adresse : Code Postal :
Ville : Téléphone : Fax :
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) :

Caractéristiques de l'assurance

Objet du financement : Résidence principale Prêt professionnel Prêt à la consommation Autres :
Taux de couverture DC/PTIA ⁽¹⁾ (DC) Taux de couverture ITT/IPT (2)
Couverture du Prêt % %

(1) La garantie PTIA ne peut être souscrite au delà de 60 ans à l'adhésion. (2) Garantie IPT/ITT impossible : - si le différé d'amortissement est supérieur à 36 mois, - si résidence dans les DOM-TOM et Corse.

Paiement par prélèvement automatique

Périodicité : mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle Frais d'échéance : 2,29 € par échéance
Indiquer le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois Frais de dossier : 45,73 €

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 PRA 06-09/06, 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 précédée de la mention "lu et approuvé"
 X
La signature de l'Assuré précédée de la mention "lu et approuvé"
 X
Cachet et visa de l'assureur-conseil :
Nom de la personne en charge du dossier :
Tel :
Mail :

Questionnaire de santé risques aggravés

 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(e)	Nom :	Prénom :
	Poids : en kg	Taille : en cm
	Tension artérielle : /	
Merci de cocher chaque case		
1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail, ou au cours de ces trois dernières années avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 15 jours ?	<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"/>
2	Etes-vous pris(e) en charge à 100 % pour une affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Motif ?
3	Avez-vous été opéré(e) ou hospitalisé(e) ces dix dernières années pendant plus de 10 jours consécutifs ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Nature : Séquelles :
4	Avez-vous été hospitalisé(e) pour une convalescence, une cure, une rééducation ou séjourné en stations thermales au cours des cinq dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Nature : Durée :
5	Etes-vous atteint(e) d'une malformation congénitale ou d'une infirmité ? de troubles de la vision ou auditifs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Nature : Séquelles ? En cas de trouble de la vue : acuité visuelle après correction : OG : OD :
6	Percevez-vous une rente d'invalidité même partielle ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Taux :
7	Avez-vous été victime d'un accident corporel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Lequel ? Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Séquelles :
8	Avez-vous subi un test de dépistage de l'immunodéficience humaine dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Avez-vous subi un test de dépistage sur le virus de l'hépatite C dont le résultat a été positif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Etes-vous atteint(e) ou avez-vous été atteint(e) d'une des maladies suivantes :	
	- Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Infarctus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Maladie respiratoire, asthme, bronchite chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Affection rénale (calculs rénaux, sang dans les urines)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Maladie de l'appareil génito-urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Maladie du système digestif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Ulcère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Maladie du système nerveux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Affection neuro psychique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Paralysie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Affections endocriniennes (diabète, thyroïde)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Affection métabolique (cholestérol...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Goutte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Arthrose, rhumatismes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Maladies des os, des articulations, des ligaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Problèmes de dos, hernie discale, lombalgie... ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Kystes opérés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Tumeurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Cancer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Traitement ? Depuis quelle date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Laquelle : Traitement : Depuis quelle date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Laquelle : Date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Laquelle : Laquelle : Date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localisation : Laquelle : Date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Traitement : Localisation : <input type="checkbox"/> DID <input type="checkbox"/> DNID Traitement : Taux : Traitement : Nombres de crises/an : Traitement : Localisation : Date d'apparition ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature : Localisation : Lequel : Nature : Classification : Classification : Date de fin de traitement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10	Avez-vous eu d'autres maladies non répertoriées ci-dessus ?	<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 :
11	Avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie ?	<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"/>
12	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Lequel :
13	Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Si oui, quantité journalière : litre(s)
14	Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Si oui, quantité journalière : en cigarette(s)
15	Avez-vous subi un examen sanguin, urinaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Date du dernier examen ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultat :
16	Avez-vous subi un examen radiologique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Date du dernier examen ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultat :
17	Avez-vous subi un électrocardiogramme ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Date du dernier examen ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultat :
18	Avez-vous subi un électroencéphalogramme, scanner, IRM ou autres ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Date du dernier examen ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultat :
19	Etes-vous actuellement titulaire de contrats d'assurances décès, incapacité, invalidité (capital ou rente) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Montant garanti : euros Date d'effet : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date d'échéance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20	Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Depuis quand ?

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.

Signature de l'Assuré

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

Fait à : Date :

Exemple ASSURE

Questionnaire professionnel

N° adhérent

En cas de risque professionnel, merci de répondre au questionnaire de santé complet.

Nom :		Prénom :		Age :	
1	Quel est l'intitulé de votre poste ?				
2	Dans quel secteur travaillez-vous ?				
3	Veuillez décrire vos tâches :				
	a)..... b)				
4	Quel est votre lieu de travail (dans un bureau, à l'extérieur, en usine etc.) ?				
5	Quelles machines faites-vous fonctionner ?				
6	Etes-vous exposé(e) à des conditions de travail difficiles (poussière, radiations, amiante...)?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, veuillez fournir les informations complètes				
7	Avez-vous besoin d'une licence ou d'un permis particulier pour effectuer votre travail (comme le permis de conduire, etc.) ou d'un certificat d'aptitude ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				
8	Vos activités professionnelles comportent-elles :				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- des travaux en zones portuaires, en mer, souterrains, en hauteur ou sur pylônes ? Si oui, précisez :				
- des manipulations de produits toxiques, d'explosifs, d'armes à feu ? Si oui, précisez :					
9	Effectuez-vous des déplacements pour votre travail ? Si oui, indiquez :				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	a) Combien de kilomètres vous effectuez par semaine				
	b) Votre moyen de transport				
	c) Vous déplacez-vous à l'extérieur de la France ? et si oui, quel pays ? nombre de déplacements par an ? durée des déplacements ?				

Fait à :
Date :

Signature de l'Assuré



Questionnaire sportif

En cas de risque sportif, merci de répondre au questionnaire de santé complet.

1	Pratiquez-vous un(des) sport(s) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, le(s)quel(s)
	Souhaitez-vous être garanti lors de la pratique de ce(s) sport(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2	Participez-vous à des compétitions sportives ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, de quel niveau : (national, international...) Fréquence :
	Souhaitez-vous être garanti lors de la pratique de ce(s) sport(s) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Fait à :
Date :

Signature de l'Assuré



Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée (ma date d'effet, quotités à garantir, e-mail remplis)
- 2 Mon relevé d'identité bancaire ou postal
- 3 Les justificatifs médicaux

Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve du versement de la première cotisation.




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

- Le guide de l'assuré (informations pratiques)
- Votre carte avec votre numéro d'assuré
- Votre certificat d'adhésion
- Votre avis d'échéance (situation de votre compte)

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.

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)

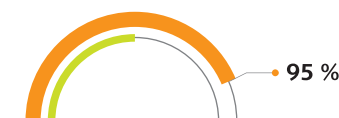
www.april.fr

[Notre engagement, votre satisfaction]

Satisfaction clients assurés*



Satisfaction Assureurs-conseils*



Une société certifiée
ISO 9001⁽¹⁾

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

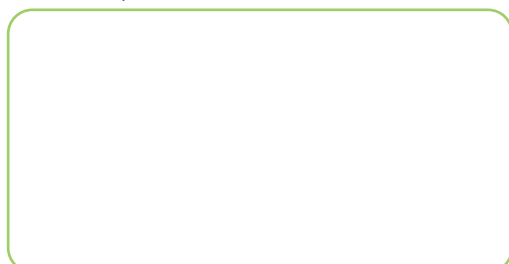
APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

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.