

FORMALITÉS MÉDICALES APPLICABLES

CAPITAUX ASSURÉS	< = 50 ans	> 50 ans
< = 30 000 €	Déclaration d'Etat de Santé	Déclaration d'Etat de Santé
De 30 001 € à 160 000 €		Questionnaire de Santé
De 160 001 € à 230 000 €		Déclaration d'Etat de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin + Test de cotinine pour les non-fumeurs
De 230 001 € à 350 000 €		

RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance le 10 du mois selon la périodicité choisie

1^{ère} étape

Choisissez votre mode de règlement et cochez.

Echéance	Prélèvement	Chèque
Annuelle	<input type="radio"/> gratuit	<input type="radio"/> 2 € par an
Semestrielle	<input type="radio"/> 2 € par an	<input type="radio"/> 4 € par an
Trimestrielle	<input type="radio"/> 4 € par an	<input type="radio"/> 8 € par an
Mensuelle	<input type="radio"/> 12 € par an	impossible

3^e étape

Si vous avez choisi le prélèvement, veuillez remplir l'autorisation ci-dessous et nous joindre 1 RIB.

2^e étape

Veillez faire un chèque d'acompte forfaitaire de 40 €* à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.

Droit d'entrée**	11 €
Cotisation d'Association (1 € par mois)	
Acompte cotisation	29 €
Total acompte forfaitaire	40 €

*Dans l'hypothèse où l'adhésion est refusée, le montant de l'acompte forfaitaire sera restitué.

**Le droit d'entrée de 11 € est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre d'une des Associations souscriptrices.

Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

Avez-vous complété, daté, signé ?

- La Demande d'Adhésion.
- L'autorisation de prélèvement.
- La Déclaration d'État de Santé.

Avez-vous joint à votre demande ?

- Votre chèque d'acompte de 40 €.
- 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB).
- La photocopie d'une pièce d'identité.

OÙ RENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

ALPTIS ASSURANCES
Centre de traitement PAREO-V5 Emprunteurs
2, rue Rossan - 69003 LYON

Vous pouvez également l'adresser sous pli confidentiel à :

ALPTIS ASSURANCES - M. le Médecin Conseil de l'Assureur
33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURÉ 1



Cette Déclaration d'Etat de Santé doit être complétée par les personnes :

- de 50 ans ou moins à l'adhésion, souscrivant un prêt inférieur ou égal à 230 000 €
- de plus de 50 ans à l'adhésion souscrivant un prêt inférieur ou égal à 30 000 €

N° proposition Internet

Nom Prénom Profession

- 1 • Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?" Oui Non
- 2 • Quel est votre poids ? kg Quelle est votre taille ? cm
- 3 • Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical :
- pour tension artérielle ? Oui Non
Si oui, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ? Oui Non
 - pour hypercholestérolémie ? Oui Non
Si oui, indiquez votre taux de cholestérol Inférieur à 2,50 g/l
 Entre 2,50 g/l et 2,70 g/l
 Entre 2,70 g/l et 2,90 g/l
 Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l
 Supérieur à 3,20 g/l
- 4 • Etes-vous actuellement en arrêt de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident ? Oui Non
- 5 • Au cours des 10 dernières années :
- a) Avez vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical
- pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? Oui Non
 - pour affections disco-vertébrales ? Oui Non
 - pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? Oui Non
 - pour troubles neurologiques ? Oui Non
 - pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)? Oui Non
 - pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ? Oui Non
 - pour maladies digestives ou du foie ? Oui Non
 - pour cancer ou tumeur ? Oui Non
 - pour sclérose en plaques ? Oui Non
 - pour maladie respiratoire ? Oui Non
 - pour maladie des reins, vessie, gynécologique ? Oui Non
- b) Avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie ? .. Oui Non
- 6 • Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, végétations, dents de sagesse, varices des jambes et maternité sans complication) ? Oui Non
- 7 • Devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ? Oui Non
- 8 • Etes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? Oui Non
- 9 • Les examens à visée préventive ou diagnostique auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ? Oui Non
- 10 • Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (sida) dont le résultat a été positif ? Oui Non
- 11 • Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? Oui Non

Vous pouvez adresser cette Déclaration d'Etat de Santé (D.E.S.) sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES. Si vous avez des réponses positives à cette Déclaration d'Etat de Santé, veuillez compléter le Questionnaire de Santé en précisant très exactement la nature de votre affection et nous le renvoyer avec la D.E.S. remplie, sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je déclare sur l'honneur ne pas exercer une profession exclue à l'article "PROFESSIONS EXCLUES" de la notice d'information contractuelle PAREO-V5. Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (sous peine de non examen de mon dossier), ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, à peine de déchéance. Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés"

modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Médecin Conseil de l'Assureur. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SwissLife Assurance et Patrimoine, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Déclaration spéciale non fumeur

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à , le

Signature de la personne à assurer



DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURÉ 2



Cette Déclaration d'Etat de Santé doit être complétée par les personnes :

- de 50 ans ou moins à l'adhésion, souscrivant un prêt inférieur ou égal à 230 000 €
- de plus de 50 ans à l'adhésion souscrivant un prêt inférieur ou égal à 30 000 €

N° proposition Internet

Nom Prénom Profession

- 1** • Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?" Oui Non
- 2** • Quel est votre poids ? kg Quelle est votre taille ? cm
- 3** • Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical :
- pour tension artérielle ? Oui Non
Si oui, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ? Oui Non
 - pour hypercholestérolémie ? Oui Non
Si oui, indiquez votre taux de cholestérol Inférieur à 2,50 g/l
 Entre 2,50 g/l et 2,70 g/l
 Entre 2,70 g/l et 2,90 g/l
 Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l
 Supérieur à 3,20 g/l
- 4** • Etes-vous actuellement en arrêt de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident ? Oui Non
- 5** • Au cours des 10 dernières années :
- a) Avez vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical**
- pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? Oui Non
 - pour affections disco-vertébrales ? Oui Non
 - pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? Oui Non
 - pour troubles neurologiques ? Oui Non
 - pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)? Oui Non
 - pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ? Oui Non
 - pour maladies digestives ou du foie ? Oui Non
 - pour cancer ou tumeur ? Oui Non
 - pour sclérose en plaques ? Oui Non
 - pour maladie respiratoire ? Oui Non
 - pour maladie des reins, vessie, gynécologique ? Oui Non
- b) Avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie ? ..** Oui Non
- 6** • Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, végétations, dents de sagesse, varices des jambes et maternité sans complication) ? Oui Non
- 7** • Devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ? Oui Non
- 8** • Etes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? Oui Non
- 9** • Les examens à visée préventive ou diagnostique auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ? Oui Non
- 10** • Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (sida) dont le résultat a été positif ? Oui Non
- 11** • Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? Oui Non

Vous pouvez adresser cette Déclaration d'Etat de Santé (D.E.S.) sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES. Si vous avez des réponses positives à cette Déclaration d'Etat de Santé, veuillez compléter le Questionnaire de Santé en précisant très exactement la nature de votre affection et nous le renvoyer avec la D.E.S. remplie, sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je déclare sur l'honneur ne pas exercer une profession exclue à l'article "PROFESSIONS EXCLUES" de la notice d'information contractuelle PAREO-V5. Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (sous peine de non examen de mon dossier), ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, à peine de déchéance. Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés"

modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Médecin Conseil de l'Assureur. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SwissLife Assurance et Patrimoine, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Déclaration spéciale non fumeur

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à , le

Signature de la personne à assurer



Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

Réf. : PAREO-V5 Q.S.

RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse "**OUI**, donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter au verso en identifiant la question par le numéro.

Nom Prénom Profession

- 1** • Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?" Oui Non
 Si oui, précisez la quantité journalière _____
- 2** • Quel est votre poids ? kg Quelle est votre taille ? m
- 3** • Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical :
- pour tension artérielle ? Oui Non
 Si oui, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ? Oui Non
 - pour hypercholestérolémie ? Oui Non
 Si oui, indiquez votre taux de cholestérol Inférieur à 2,50 g/l
 Entre 2,50 g/l et 2,70 g/l
 Entre 2,70 g/l et 2,90 g/l
 Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l
 Supérieur à 3,20 g/l
- 4** • Etes-vous **actuellement en arrêt de travail** à la suite d'une maladie ou d'un accident ? Oui Non
 Si oui, précisez : motif, depuis quand, date de reprise prévue _____
- 5** • Au cours des 10 dernières années :
- a) Avez vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical**
- pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? Oui Non
 - pour affections disco-vertébrales ? Oui Non
 - pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? Oui Non
 - pour troubles neurologiques ? Oui Non
 - pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)? Oui Non
 - pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ? Oui Non
 - pour maladies digestives ou du foie ? Oui Non
 - pour cancer ou tumeur ? Oui Non
 - pour sclérose en plaques ? Oui Non
 - pour maladie respiratoire ? Oui Non
 - pour maladie des reins, vessie, gynécologique ? Oui Non
 Si oui, précisez : date, nature de l'affection, traitement, évolution _____
- b) Avez-vous suivi un traitement spécialisé tel que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie ?..** Oui Non
 Si oui, précisez : date, durée, motif, résultat _____
- 6** • Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, végétations, dents de sagesse, varices des jambes et maternité sans complication) ? Oui Non
 Si oui, précisez : date, durée, motif, résultat _____
- 7** • Devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ? Oui Non
 Si oui, précisez : date, motif _____
- 8** • Etes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? Oui Non
 Si oui, précisez : nature _____
- 9** • Les examens à visée préventive ou diagnostique auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ? Oui Non
 Si oui, précisez : date, nature, résultat _____

Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

Réf. : PAREO-V5 Q.S.

RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse "OUI, donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter ci-dessous en identifiant la question par le numéro.

Nom Prénom Profession

- | | |
|---|--|
| <p>10• Avez-vous déjà fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (sida) dont le résultat a été positif ?</p> <p>Si oui, précisez : date, test, résultat _____</p> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <p>11• Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ?</p> <p>Si oui, précisez : quantités journalières _____</p> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <p>12• Avez-vous des séquelles d'un accident (automobile ou autre) ?</p> <p>Si oui, précisez : séquelles, date _____</p> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <p>13• Durant les 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives ?.</p> <p>Si oui, précisez : date, durée, motif _____</p> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <p>14• Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi des transfusions de sang, de dérivés sanguins, des examens médicaux (analyse de sang, d'urine, électrocardiogramme, radiographie) ?</p> <p>Si oui, précisez : date, durée, motif, résultat _____</p> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <p>15• Pour les femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse et accouchement antérieurs, compliqués : • Grossesse en cours : <p>Si oui, précisez : date _____</p> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <p>16• Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction, ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ?</p> <p>Si oui, précisez : date, motif _____</p> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Complément d'information (merci d'identifier la question)

J'ai bien noté qu'il peut m'être demandé de me soumettre à une visite et à des examens médicaux.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.

Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées (sous peine de non examen de mon dossier), ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Médecin conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement de mon dossier, dans le strict respect du secret médical, par ALPTIS ASSURANCES et par SwissLife, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Déclaration spéciale non fumeur

- En cochant cette case, je déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Vous pouvez adresser ce questionnaire sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, aux bons soins d'ALPTIS ASSURANCES. Si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire au Médecin Conseil de l'Assureur.