



**ASSURANCE
DE PRÊT**

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Pour les assurés jusqu'à 45 ans* et 230 000 € de capital.

Si vous répondez au moins un « oui » à l'une de ces questions, nous vous remercions de renseigner le questionnaire de santé.

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. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

ASSURÉ(E) 2 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

1	Etes-vous ou avez-vous été au cours des 10 dernières années en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives (hors congés légaux de maternité) ?											<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2	Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale et/ou avez-vous été victime d'un accident ayant entraîné des séquelles ?											<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3	Avez-vous ou avez-vous eu au cours des 5 dernières années : - une prise en charge médicale sur une durée de plus de 2 semaines consécutives (exemples : médicaments, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage), sauf pour un traitement de contraception ou une affection saisonnière telle que la grippe, les rhinites ? - et/ou une prise en charge chirurgicale sauf pour végétations, amygdales, dent de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, vésicule biliaire, hémorroïdes, hernie inguinale ?											<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4	a) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une (des) maladie(s) suivante(s) : cancer, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection ostéo-articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ?											<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	b) Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?											<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
5	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?											<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6	En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?											<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Taille (en cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	
	Poids (en kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113	65 - 120	70 - 125

↑
Assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

* L'Assuré doit être âgé de 45 ans au plus tard au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties.

Fait à

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance.

Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Le

La signature de l'Assuré 2

X

Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr





QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. **Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance.** Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance- Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

ASSURÉ(E) 1 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

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 ou C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif, ne sont pas couvertes par le contrat Assurance de Prêt et doivent remplir une demande de tarification Assurance de Prêt Solutions.

1	Taille : cm	Poids : kg
2	Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une affection, d'une maladie chronique ou récidivante, d'une infirmité ou de séquelles suite à un accident ou une maladie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Type de maladie ou d'affectation : Quand : Durée :
3	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail suite à accident ou maladie (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Depuis quand :
	b) Avez-vous été en arrêt de travail de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Date de début : <input type="text"/> Date de fin : <input type="text"/>
	c) Bénéficiez-vous d'un aménagement de votre temps et/ou de conditions de travail pour raison médicale ou une demande est-elle en cours ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Depuis quand :
4	a) Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...) examens, traitements ou convalescence ?*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Quand : Durée de l'hospitalisation :
	b) Devez-vous être hospitalisé ou devez-vous subir un acte médico-chirurgical (opération, coloscopie, endoscopie, arthroscopie, angioplastie...) au cours des 6 prochains mois ?*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Quand :
* Sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG.		
Mettre une croix pour chaque affection		
Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :		
5	- cardiovasculaire (ex : infarctus, hypertension artérielle, artérite...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- neurologique (ex : épilepsie, accident vasculaire cérébral...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- pulmonaire (ex : asthme, bronchite chronique...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- allergique ou cutanée (ex : eczéma, psoriasis...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- endocrinienne (ex : thyroïde, diabète...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- métabolique (ex : cholestérol, triglycérides...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations, musculaire ou ligamentaire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- digestive ou intestinale (ex : ulcère, maladie de Crohn...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- gynécologique, rénale ou urinaire (calculs...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- hématologique (ex : maladie de Hodgkin, anémie...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- ophtalmologique (ex : myopie, cécité, glaucome...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- ORL (ex : surdité, infections...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
- cancéreuse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
- congénitale, héréditaire, infectieuse ou affection nécessitant une surveillance médicale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Pour chaque réponse positive, nous indiquer :		
Nom de la maladie :		
Nature du traitement :		
Date de diagnostic : <input type="text"/>		
Localisation précise des lésions :		
Evolution :		
Joindre la copie des résultats des examens effectués, joindre la prescription des verres.		
6	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à 1 mois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Nom de la maladie : Nature du traitement : Durée du traitement :
7	a) Êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale suivie ? (hors médecine du travail et suivi systématique en période de grossesse)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Pourquoi : Depuis quand :
	b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM ou scanner ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Résultat :
	c) Au cours des 12 prochains mois, avez-vous prévu de faire des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM ou scanner ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif :
Joindre la copie des résultats des examens		

Les conclusions du Médecin Conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime, exclusion médicale...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre. Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessous et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera 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

Le

La signature de l'Assuré 1

Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. **Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance.** Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance- Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

ASSURÉ(E) 2 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

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 ou C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif, ne sont pas couvertes par le contrat Assurance de Prêt et doivent remplir une demande de tarification Assurance de Prêt Solutions.

1	Taille : cm	Poids : kg
2	Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une affection, d'une maladie chronique ou récidivante, d'une infirmité ou de séquelles suite à un accident ou une maladie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Type de maladie ou d'affection : Quand : Durée :
3	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail suite à accident ou maladie (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Depuis quand :
	b) Avez-vous été en arrêt de travail de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Date de début : <input type="text"/> Date de fin : <input type="text"/>
	c) Bénéficiez-vous d'un aménagement de votre temps et/ou de conditions de travail pour raison médicale ou une demande est-elle en cours ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Depuis quand :
4	a) Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...) examens, traitements ou convalescence ?*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Quand : Durée de l'hospitalisation :
	b) Devez-vous être hospitalisé ou devez-vous subir un acte médico-chirurgical (opération, coloscopie, endoscopie, arthroscopie, angioplastie...) au cours des 6 prochains mois ?*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Quand :
* Sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG.		
Mettre une croix pour chaque affection		
Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :		
5	- cardiovasculaire (ex : infarctus, hypertension artérielle, artérite...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- neurologique (ex : épilepsie, accident vasculaire cérébral...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- pulmonaire (ex : asthme, bronchite chronique...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- allergique ou cutanée (ex : eczéma, psoriasis...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- endocrinienne (ex : thyroïde, diabète...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- métabolique (ex : cholestérol, triglycérides...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations, musculaire ou ligamentaire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- digestive ou intestinale (ex : ulcère, maladie de Crohn...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- gynécologique, rénale ou urinaire (calculs...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- hématologique (ex : maladie de Hodgkin, anémie...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	- ophtalmologique (ex : myopie, cécité, glaucome...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
- ORL (ex : surdité, infections...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
- cancéreuse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
- congénitale, héréditaire, infectieuse ou affection nécessitant une surveillance médicale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Pour chaque réponse positive, nous indiquer :		
Nom de la maladie :		
Nature du traitement :		
Date de diagnostic : <input type="text"/>		
Localisation précise des lésions :		
Evolution :		
Joindre la copie des résultats des examens effectués, joindre la prescription des verres.		
6	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à 1 mois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Nom de la maladie : Nature du traitement : Durée du traitement :
7	a) Êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale suivie ? (hors médecine du travail et suivi systématique en période de grossesse)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Pourquoi : Depuis quand :
	b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM ou scanner ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif : Résultat :
	c) Au cours des 12 prochains mois, avez-vous prévu de faire des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM ou scanner ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Motif :
Joindre la copie des résultats des examens		

Les conclusions du Médecin Conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime, exclusion médicale...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre. Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessous et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera 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

Le

La signature de l'Assuré 2

X

Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.