

Demande d'adhésion

Application form

Avec sélection médicale  
With medical screening

# APRIL

## Assurance de Prêt Intégrale



Irrévocabilité des garanties  
Maintien du tarif

Fixed insurance policy  
Unchanging premium



Pour les **emprunts immobiliers à usage d'habitation ou à usage mixte** (habitation et professionnel) réalisés par un emprunteur **personne physique**, **ce contrat est ouvert sous réserve que :**

- la part assurée de l'ensemble de ses crédits à la date d'effet du nouveau projet est **strictement supérieure à 200 000 euros** en incluant le montant assuré du nouvel emprunt,  
et/ou
- l'emprunt se termine **au-delà de son 60<sup>e</sup> anniversaire**.

**This policy can be subscribed for home or mixed-use** (home and business) **property loans** taken out by an **individual borrower**, **provided that:**

- the insured portion of all its loans as at the effective date of the new project is **strictly above €200,000 euros**, including the amount of the new insured loan,  
and/or
- the loan ends **after the borrower's 60<sup>th</sup> birthday**.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



**ASSURÉ 1 / POLICYHOLDER 1 :**

Statut professionnel / Professional status :

- Salarié Cadre / Ingénieur / Assimilé-cadre  
Salaried manager / Engineer / Management grade equivalent
- Salarié non cadre (hors employé de bureau) / Agent de maîtrise  
Non-managerial employee (excl. office worker) / Supervisor
- Employé de bureau / Commercial sédentaire  
Office worker / Office-based sales representative
- Dirigeant de société / Gérant /  
Chef d'entreprise (hors agricole)  
Company director / Company manager /  
Business executive (excl. agricultural)
- Profession libérale (hors médical / paramédical)  
Independent professional (excl. medical / paramedical)
- Médecin (ou interne) généraliste / spécialiste  
GP / specialist doctor (or intern)
- Autres métiers médicaux et paramédicaux  
Other medical and paramedical occupations
- Intermittent / Temporary worker
- Fonctionnaire classe A / Class A civil servant
- Fonctionnaire hors classe A / Non-class A civil servant
- Artisan / Métiers du BTP / Auto-entrepreneur  
Artisan / Construction industry / Self-employed
- Commerçant / Trader
- Professions du transport / Ouvrier / Technicien  
Transport occupations / Labourer / Technician
- Professions agricoles / Agricultural occupations
- Retraité : Cadre / Assimilé-cadre / Fonctionnaire classe A / Chef  
d'Entreprise / Profession libérale  
Retired : Manager / Man. grade equiv. / Class A civil servant / Business  
Executive / Independent professional
- Autres retraités / Retired other
- Etudiant / Sans profession / Saisonnier  
Student / No occupation / Seasonal worker

Profession exacte / Exact occupation : .....

**Régime obligatoire / Compulsory regime :**

- Sécurité Sociale / Social Security     TNS / Self-employed
- Agricole / Agricultural     Alsace/Moselle / Alsace/Moselle

Vous déplacez-vous à l'étranger pour raisons professionnelles hors UE, EEE, Royaume-Uni, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande ? / Do you travel abroad for professional reasons outside the EU, EEA, United Kingdom, Australia, Canada, United States, Japan, Switzerland, New Zealand ?     Oui / Yes     Non / No

Si oui, pays de destination / If yes, country of destination : .....

Durée du(des) séjour(s) / Duration of stay(s) : .....

Fréquence dans l'année / Frequency during the year : .....

Avez-vous des crédits en cours déjà assurés (y compris auprès d'APRIL) en dehors de ce nouveau projet ? / Apart from this new project, do you have any other current loans that are already insured (including with APRIL)?

- Oui / Yes     Non / No

Si oui, montant total des encours assurés<sup>(1)</sup> : / If so, what are the total amounts outstanding<sup>(1)</sup>? .....**Adresse actuelle de résidence<sup>(2)</sup> / Current residential address<sup>(2)</sup> :** .....Code Postal / Post Code :      Ville / Town : .....Email Assuré 1<sup>(3)</sup> / Email Policyholder 1<sup>(3)</sup> : .....Email Assuré 2<sup>(3)</sup> / Email Policyholder 2<sup>(3)</sup> : .....

Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 1 / Mobile (or home) telephone Policyholder 1 : .....

Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 2 / Mobile (or home) telephone Policyholder 2 : .....

**Adresse future de résidence / Future residential address :** .....Code Postal / Post Code :      Ville / Town : .....Date prévue de déménagement / Planned moving date :  /  /    

(1) Le montant à renseigner correspond au cumul des capitaux assurés restant à rembourser à la date d'effet de ce nouveau projet. Tous les crédits en cours sont concernés (immobiliers, à la consommation, professionnels...). Référez-vous aux tableaux d'amortissement. / This amount to enter is the total remaining insured capital to be repaid as at the effective date of this new project. This includes all relevant current loans (e.g. property, consumer, business). Please refer to the amortisation table.

(2) Lieu d'habitation de plus de 6 mois par an. / Place of residence for more than 6 months a year.

(3) En nous communiquant votre adresse e-mail, vous acceptez que la gestion et l'exécution de votre contrat soient réalisées par voie dématérialisée, étant entendu que vous pouvez y mettre un terme à tout moment et sans frais en vous rendant sur votre Espace Assuré. / By giving us your email address, you agree to your contract being managed and executed in paperless form. However, you may change your mind at any time without charge by logging in to your individual Policyholder Account online.

**ASSURÉ 2 / POLICYHOLDER 2 :**

Statut professionnel / Professional status :

- Salarié Cadre / Ingénieur / Assimilé-cadre  
Salaried manager / Engineer / Management grade equivalent
- Salarié non cadre (hors employé de bureau) / Agent de maîtrise  
Non-managerial employee (excl. office worker) / Supervisor
- Employé de bureau / Commercial sédentaire  
Office worker / Office-based sales representative
- Dirigeant de société / Gérant /  
Chef d'entreprise (hors agricole)  
Company director / Company manager /  
Business executive (excl. agricultural)
- Profession libérale (hors médical / paramédical)  
Independent professional (excl. medical / paramedical)
- Médecin (ou interne) généraliste / spécialiste  
GP / specialist doctor (or intern)
- Autres métiers médicaux et paramédicaux  
Other medical and paramedical occupations
- Intermittent / Temporary worker
- Fonctionnaire classe A / Class A civil servant
- Fonctionnaire hors classe A / Non-class A civil servant
- Artisan / Métiers du BTP / Auto-entrepreneur  
Artisan / Construction industry / Self-employed
- Commerçant / Trader
- Professions du transport / Ouvrier / Technicien  
Transport occupations / Labourer / Technician
- Professions agricoles / Agricultural occupations
- Retraité : Cadre / Assimilé-cadre / Fonctionnaire classe A / Chef  
d'Entreprise / Profession libérale  
Retired : Manager / Man. grade equiv. / Class A civil servant / Business  
Executive / Independent professional
- Autres retraités / Retired other
- Etudiant / Sans profession / Saisonnier  
Student / No occupation / Seasonal worker

Profession exacte / Exact occupation : .....

**Régime obligatoire / Compulsory regime :**

- Sécurité Sociale / Social Security     TNS / Self-employed
- Agricole / Agricultural     Alsace/Moselle / Alsace/Moselle

Vous déplacez-vous à l'étranger pour raisons professionnelles hors UE, EEE, Royaume-Uni, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande ? / Do you travel abroad for professional reasons outside the EU, EEA, United Kingdom, Australia, Canada, United States, Japan, Switzerland, New Zealand ?     Oui / Yes     Non / No

Si oui, pays de destination / If yes, country of destination : .....

Durée du(des) séjour(s) / Duration of stay(s) : .....

Fréquence dans l'année / Frequency during the year : .....

Avez-vous des crédits en cours déjà assurés (y compris auprès d'APRIL) en dehors de ce nouveau projet ? / Apart from this new project, do you have any other current loans that are already insured (including with APRIL)?

- Oui / Yes     Non / No

Si oui, montant total des encours assurés<sup>(1)</sup> : / If so, what are the total amounts outstanding<sup>(1)</sup>? .....

## MES INFORMATIONS / MY INFORMATION

	Assuré 1 Policyholder 1	Assuré 2 Policyholder 2
Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? <sup>(3)</sup> Are you a Politically Exposed Person ? <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
Êtes-vous membre de la famille <sup>(4)</sup> d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits <sup>(5)</sup> avec une Personne Politiquement Exposée ? Are you a family member <sup>(4)</sup> of a Politically Exposed Person and/or are you a close associate <sup>(5)</sup> of a Politically Exposed Person ?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No

(3) Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui se trouve exposée à des risques particuliers en raison de l'une des fonctions citées ci-dessous qu'elle exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an :

- 1° Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- 2° Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- 3° Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- 4° Membre d'une cour des comptes ;
- 5° Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- 7° Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8° Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 9° Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

A Politically Exposed Person (PEP) is someone who is exposed to particular risks by virtue of holding one of the positions listed below or having left such position within the past year :

- 1° Head of State, head of government, member of a national government or of the European Commission ;
- 2° Member of a national parliament or the European Parliament, member of the governing body of a political party or group subject to the provisions of law no. 88-227 of 11 March 1988 or of a foreign political party or group ;
- 3° Member of a Supreme Court, constitutional court or other high-level judicial body, the decisions of which are not subject to a further appeal except in exceptional circumstances ;
- 4° Member of a Court of auditors ;
- 5° Director or member of the board of directors of a central bank ;
- 6° Ambassador or chargé d'affaires ;
- 7° General or senior commanding officer in the army ;
- 8° Member of the administrative, management or supervisory bodies of State-owned enterprises ;
- 9° Director, deputy director, member of the board or equivalent function of an international organisation created by a treaty.

(4) Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE :

- 1° Le conjoint ou le concubin notoire ;
- 2° Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 3° Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 4° Les ascendants au premier degré.

The following persons are considered as being direct family members of a PEP :

- 1° The spouse or common-law spouse ;
- 2° The partner linked by civil partnership or by a partnership agreement registered under a foreign law ;
- 3° The children and their spouses and partners linked by civil partnership or by a partnership agreement registered under a foreign law ;
- 4° First degree relatives.

(5) Sont considérées comme des personnes étroitement associées à une PPE :

- 1° Les personnes physiques qui, conjointement avec la PPE, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;
- 2° Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la PPE ;
- 3° Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la PPE.

The following persons are considered as being close associates of a PEP :

- 1° Natural persons who have joint beneficial ownership of a legal entity, collective investment, trust or comparable legal mechanism under foreign law ;
- 2° Natural persons who are the sole beneficial owners of a legal entity, collective investment, trust or comparable legal mechanism under foreign law known to have been set up in favour of the PEP ;
- 3° Any natural person known to be a close business associate of the PEP.

	Assuré 1 / Policyholder 1	Assuré 2 / Policyholder 2
Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années y compris des cigarettes électroniques ? Have you smoked in the last two years, including e-cigarettes ?	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No
Pratiquez-vous un sport aérien (à voile, aile ou à moteur) et/ou nécessitant un véhicule terrestre à moteur ? Do you practise an aerial sport (using a sail, wing or engine) and/or one that requires a motorised land vehicle ?	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No
Si oui, le(s)quel(s) / If yes, which :	.....	.....
Si oui, souhaitez-vous être couvert ? If yes, would you like to be insured for it ?	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No

PERTE D'EMPLOI, SI SOUSCRITE - JOB LOSS, IF COVERED	Assuré 1	Assuré 2
Etes-vous salarié d'un seul employeur et titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI), ouvrant droit, en cas de licenciement, au versement par Pôle Emploi des allocations d'assurance chômage prévues aux articles L 5421-1 et suivants du Code du travail ? Are you employed by a single employer under an unlimited term employment contract and, if you lose your job, are entitled to unemployment insurance benefits paid by the Pôle Emploi under articles L 5421-1 et seq. of the Employment Code?	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No
Etes-vous en instance ou préavis de licenciement ? Are you in the process of or have you been given notice of dismissal?	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No

**Caractéristique(s) de l'assurance / Insurance policy features :**

**Date de début de l'assurance** (date de signature de l'offre de prêt)<sup>0</sup> / **Policy start date** (date of signature of the offer of credit) : / /

(1) Sous réserve d'acceptation du dossier. La date de début de l'assurance est au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance.  
Subject to acceptance of the application file. The earliest policy start date will be the day after APRIL Santé Prévoyance's receipt of the application form.

Pour les prêts For the loans	Prêt(s) n° Loan(s) no.	Prêt(s) n° Loan(s) no.
Organisme prêteur Lending institution	.....	.....
Raison sociale / Nom Company name / Name	.....	.....
Adresse / Address	.....	.....
Code postal et ville Post code and town	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....
Téléphone / Telephone	.....	.....
Email / Email	.....	.....

Adresse d'envoi du dossier de substitution pour les dossiers de reprise :  
Address to send the application file for insurance change:

Adresse / Address	.....	.....
Code Postal et Ville Post code and town	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....
Email / Email	.....	.....
Téléphone / Telephone	.....	.....

En cas d'avenant de cession, nous adresser une attestation signée de toutes les parties (banque, adhérent, assuré) précisant les bénéficiaires désignés en cas de décès.

If there is a supplemental agreement of assignment, please provide a certificate signed by all the parties (bank, subscriber, policyholder) giving details of the beneficiaries appointed in the event of death.

**Objet du financement / Subject of the financing :**

- Résidence principale / Main residence   
  Résidence secondaire / Secondary residence   
  Investissement locatif / Rental investment  
 Prêt professionnel / Professional loan   
  Prêt à la consommation / Consumer loan   
  Travaux résidence principale / Work at your main residence  
 Travaux résidence secondaire / Work at your secondary residence  
 Autres / Other : .....

Prêt Loan	Montant Amount	Type de prêt Type of loan	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé) Total Term of the Loan (including the deferral period)		Taux d'intérêt Interest rate	
			mois / months	dont / incl. mois de différé months of deferral	..... %	<input type="checkbox"/> Fixe Fixed  <input type="checkbox"/> Variable Variable
1	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes Amortisable in fixed monthly payments <input type="checkbox"/> Prêt à paliers <sup>(2)</sup> Variable instalments loan <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Relais / Bridge <input type="checkbox"/> In fine / Bullet <input type="checkbox"/> Autre <sup>(2)</sup> / Other <sup>(2)</sup> : .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois / months <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois de différé months of deferral	..... %	<input type="checkbox"/> Fixe Fixed  <input type="checkbox"/> Variable Variable	
2	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes Amortisable in fixed monthly payments <input type="checkbox"/> Prêt à paliers <sup>(2)</sup> Variable instalments loan <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Relais / Bridge <input type="checkbox"/> In fine / Bullet <input type="checkbox"/> Autre <sup>(2)</sup> / Other <sup>(2)</sup> : .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois / months <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois de différé months of deferral	..... %	<input type="checkbox"/> Fixe Fixed  <input type="checkbox"/> Variable Variable	
3	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes Amortisable in fixed monthly payments <input type="checkbox"/> Prêt à paliers <sup>(2)</sup> Variable instalments loan <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Relais / Bridge <input type="checkbox"/> In fine / Bullet <input type="checkbox"/> Autre <sup>(2)</sup> / Other <sup>(2)</sup> : .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois / months <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois de différé months of deferral	..... %	<input type="checkbox"/> Fixe Fixed  <input type="checkbox"/> Variable Variable	

(2) Pour éviter toute erreur de cotisation pour les prêts à paliers, les prêts à taux zéro et les prêts de type « Autre », joindre une copie du tableau d'amortissement ou du projet de financement.

To avoid any premium errors with respect to the variable instalments loan (prêt à paliers), zero rate loans and loans falling in the "Other" category, please attach a copy of the amortisation schedule or of the financing proposal.

Pour les prêts à paliers For the variable instalments loan	Prêt 1 / Loan 1		Prêt 2 / Loan 2		Prêt 3 / Loan 3	
	Montant des paliers Amount of instalments	Durée des paliers Term of instalments	Montant des paliers Amount of instalments	Durée des paliers Term of instalments	Montant des paliers Amount of instalments	Durée des paliers Term of instalments
1 <sup>er</sup> palier 1 <sup>st</sup> instalment	..... €	.....mois months	..... €	.....mois months	..... €	.....mois months
2 <sup>e</sup> palier 2 <sup>nd</sup> instalment	..... €	.....mois months	..... €	.....mois months	..... €	.....mois months
3 <sup>e</sup> palier 3 <sup>rd</sup> instalment	..... €	.....mois months	..... €	.....mois months	..... €	.....mois months
4 <sup>e</sup> palier 4 <sup>th</sup> instalment	..... €	.....mois months	..... €	.....mois months	..... €	.....mois months

Vos garanties et cotisations : Your cover and premiums :		Assuré 1 / Policyholder 1			Assuré 2 / Policyholder 2		
		Prêt 1 / Loan 1	Prêt 2 / Loan 2	Prêt 3 / Loan 3	Prêt 1 / Loan 1	Prêt 2 / Loan 2	Prêt 3 / Loan 3
Décès/PTIA (DC/IA) (Garantie obligatoire) Death/PTIA(DC/IA) (Compulsory cover)	Quotité à assurer : Portion to be insured :	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %
ITT/IPT (AT/IK)	Quotité à assurer : Portion to be insured :	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %
ITT/IPT (AT/IK)	Franchise : Excess :	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j 03 90d 02 180d	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j 03 90d 02 180d	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j 03 90d 02 180d	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j 03 90d 02 180d	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j 03 90d 02 180d	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j 03 90d 02 180d
Option Confort + (AT/IK/IL niveau 3 ou A+/K+/L+ niveau 3) Comfort + Option (AT/IK/IL level 3 or A+/K+/L+ level 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPP (IL) / IPP (IL)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalité Spéciale Professions Médicales (IP) Special Disability Allowance Medical Professionals (IP)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension 65+ (A+/K+/L+/P) / Extension 65+ (A+/K+/L+/P)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'Emploi (CG) Franchise 90j Job Loss, 90-day exemption period	Quotité à assurer : Portion to be insured:	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %
Mode de calcul de la cotisation : Premium calculation method :	<input type="checkbox"/> Cotisation constante Fixed premium <input type="checkbox"/> Cotisation variable Variable premium						

Montant total de la cotisation indiqué sur votre estimation tarifaire : ..... € TTC (sous réserve d'acceptation par APRIL Santé Prévoyance)

Total amount of the premium indicated on your price estimate : € ..... (incl. tax) (subject to acceptance by APRIL Santé Prévoyance)

Paiement par chèque Payment by cheque	Périodicité : <input type="checkbox"/> Semestrielle* <input type="checkbox"/> Annuelle * 16 € minimum Frequency : Six monthly* Annually * €16 minimum
Paiement par prélèvement automatique Payment by direct debit	Périodicité : <input type="checkbox"/> Mensuelle* <input type="checkbox"/> Trimestrielle* <input type="checkbox"/> Semestrielle* <input type="checkbox"/> Annuelle * 16 € minimum Frequency : Monthly* Quarterly* Six monthly* Annually * €16 minimum

Indiquez le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois :

Please indicate the date of the month (between 1st and 10th) you would like your premium to be debited from your account :

Cotisation à l'Association des Assurés APRIL : 0,80 €/mois (Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL).

Premiums due to the Association des Assurés APRIL : €0.80 /month (not payable if you have already subscribed to the Association des Assurés APRIL).

- Frais de dossier 58€  
- Droits d'entrée à la mutuelle MNCAP de 2 €<sup>(1)</sup>  
- Administrative fees €58  
- Admission fees to the MNCAP mutual insurance company €2<sup>(1)</sup>

60€ en une seule adhésion<sup>(2)</sup>  
€60 for a single subscription<sup>(2)</sup>

(1) En cas d'exonération des frais de dossier, les droits d'entrée à la mutuelle MNCAP de 2 euros restent dus et seront pris en charge par APRIL Santé Prévoyance

If the administrative fees are waived, APRIL Santé Prévoyance will pay the €2 admission fees payable to the MNCAP mutual insurance company

(2) Ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant chez APRIL Santé Prévoyance

This amount is not payable if the subscriber is already paying premiums to APRIL Santé Prévoyance

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et à la(ux) convention(s) souscrite(s) par elle auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP) : APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE cotisation variable MNCA2023P1, APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE cotisation constante MNCA2023P2 et APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE AERAS MNCA2023P3 ; auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété – Assurance Caution (MNCAP-AC) : APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE PERTE D'EMPLOI cotisation variable MNAC2023P4 et APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE PERTE D'EMPLOI cotisation constante MNAC2023P5.

MNCAP enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 et MNCAP – AC enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 442 839 452 sont des mutuelles régies par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – Contrôlées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – dont le siège social est situé 5 rue Dosne – 75116 Paris.

En signant la demande d'adhésion, l'(es) Assuré(s) demande(ent) à adhérer à la MNCAP et à la MNCAP – AC en qualité de Membre Participant et accepte(ent) les dispositions des statuts de la MNCAP, lesquels sont librement consultables sur le site [www.mncap.fr](http://www.mncap.fr).

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, des Documents d'Information Produit référencés ITGV042023DIP, ITGC042023DIP et ITGP042023DIP.

Les dispositions de ces conventions, définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, figurent dans les Notices valant conditions générales référencées ITGV042023, ITGC042023 et ITGP042023 dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint aux Notices, lesquels sont librement consultables dans leur intégralité sur [www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr) ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

J'atteste notamment être informé(e) que je peux renoncer à mon contrat dans les conditions et selon le modèle de rédaction prévus par la Notice valant conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année.

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice applicable est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.

Dans le cadre de votre demande d'assurance, APRIL Santé Prévoyance collecte et traite des données personnelles vous concernant en qualité de responsable de traitement (seule ou conjointement avec l'assureur). Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont vous bénéficiez, consultez la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui vous a été fournie lors de votre parcours d'adhésion au contrat d'assurance.

APRIL Santé Prévoyance communique les données vous concernant à l'Association des Assurés APRIL aux fins de votre adhésion à l'Association et du paiement de la cotisation associative. Pour plus d'informations sur les traitements de données réalisés par l'Association, consultez sa Politique données personnelles sur le site : <https://www.associationdesassuresapril.fr/donnees-personnelles-et-cookies>

I would like to subscribe to the Association des Assurés APRIL and to the agreements it has established with the Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP): APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE variable premium MNCA2023P1, APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE fixed premium MNCA2023P2 and APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE AERAS MNCA2023P3; with the Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété – Insurance Guarantee (MNCAP-AC): APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE JOB LOSS variable premium MNAC2023P4 and APRIL ASSURANCE DE PRET INTEGRALE JOB LOSS fixed premium MNAC2023P5.

MNCAP, registered under SIRENE number 391 398 351 and MNCAP – AC, registered under SIRENE number 442 839 452 are mutual insurance companies governed by the provisions of Book II of the Mutual Societies Code – Monitored by the French Prudential Control and Resolution Authority – whose registered office is situated at 5 rue Dosne – 75116 Paris.

By signing the application form, the Policyholder(s) is(are) applying to join MNCAP and MNCAP – AC as a Participating Member and accept(s) the provisions of the MNCAP memorandum and articles of association, which are freely accessible at [www.mncap.fr](http://www.mncap.fr).

I declare that, before signing the contract, I received and read through the Product Information Documents referenced ITGV042023DIP, ITGC042023DIP and ITGP042023DIP.

The provisions of these agreements, setting out the details of the insurance cover and its implementation mechanisms, together with the required formalities in the event of a claim, are set out in the Notices constituting general terms and conditions referenced ITGV042023, ITGC042023 and ITGP042023. I confirm that I received a copy of these Notices upon subscription, read through them, accepted their provisions and have retained them. I also declare that I read through the memorandum and articles of association extract for APRIL Policyholders attached to the Notices, which are freely accessible in full through the [www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr) together with the terms and conditions governing the management activities of APRIL Santé Prévoyance.

I confirm in particular I have been informed that I can give up my policy in the terms and conditions and according to the written template provided in the Notice constituting general terms and conditions and that my policy is renewable automatically on each annual expiry date, being 31 December of each year.

If my policy is amended by way of supplemental agreement, I understand that the applicable Notice is the one I read when I signed the original application form and which is referred to above.





As part of your insurance application, APRIL Santé Prévoyance collects and processes personal data concerning you in its capacity as a data controller (alone or jointly with the insurer). To find out more about this data processing and the rights you can assert, please see the Information Notice on Personal Data Processing that you received during the insurance policy subscription process.

APRIL Santé Prévoyance discloses data concerning you to the Association des Assurés APRIL for your subscription to the Association and for payment of the subscription fee. For more information on the Association's data processing please see its Personal Data Policy at : <https://www.associationdesassuresapril.fr/donnees-personnelles-et-cookies>

**Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité.**

**I, the undersigned, certify that I have answered the questions accurately and truthfully, that I have not declared anything or have omitted to declare something that may mislead the Insurer. I acknowledge to have been informed that any concealment or false declaration will result in the application of the sanctions provided under articles L221-14 and L221-15 of the Insurance Code."**

Fait à / Signed in  le / on / /

<p>La signature de l'Adhérent (si différent de l'Assuré 1) précédée de la mention "lu et approuvé" Signature of the Subscriber (if different from Policyholder 1) preceded by the words "lu et approuvé" (read and approved)</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p>La signature de l'Assuré 1 précédée de la mention "lu et approuvé" Signature of Policyholder 1 preceded by the words "lu et approuvé" (read and approved)</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p>La signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé" Signature of Policyholder 2 preceded by the words "lu et approuvé" (read and approved)</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p>Cachet et visa de l'assureur-conseil Stamp and authorisation of the insurance consultant</p> <p style="text-align: center;"></p>
--	---	---	--



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA – SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

## N° de client :

Unique

## Mandate Reference:

(Do not fill in)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions de ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

By signing this mandate form, you are authorising ASP to send instructions to your bank to debit your account in accordance with ASP's instructions. You are entitled to be reimbursed by your bank in the terms and conditions set out in the agreement you signed with it. A request for reimbursement must be made within 8 weeks of the date an authorised withdrawal was debited from your account.

*Veillez compléter l'ensemble des champs marqués\* - Please fill in all of the fields marked with an*

**Titulaire du compte\*** – Account holder

**Nom ou raison sociale\*** – Surname or business name\*:

**Prénom\*** – First name\*:

**Adresse\*** – Address\*:

**Code Postal\*** – Post Code \*:                      **Ville\*** – Town\*:

**Pays\*** – Country\*:

**Les coordonnées de votre compte\* : Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

Your bank account details\*: **Please attach your full account details (RIB)**

**Numéro d'identification internationale du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)**

**International Bank Account Number – IBAN**

**Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) – Bank Identifier Code – BIC**

**Nom du créancier : ASP – APRIL Santé Prévoyance**

Name of creditor:

**Creditor identification number (I.C.S.) : FR85ASP42314**

**Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance**

Address of creditor:                      **69439 LYON CEDEX 03**

**Type de paiement\*** :  Paiement récurrent

Type of payment\*:                       Paiement ponctuel

**Signé à\*** :

Signed in\*:

**Date\*** : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Signature(s)\*:

**Signature(s)\* :**

Signature(s)\*:

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur les droits dont vous bénéficiez, consultez la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui vous a été fournie lors de votre parcours d'adhésion au contrat d'assurance.

Please note: Your rights with regard to this mandate are explained in a document you can obtain from your bank. To find out more about data processing and the rights you can assert, please see the Information Notice on Personal Data Processing that you received during the insurance policy subscription process.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

**APRIL Santé Prévoyance – Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03**

# LES FORMALITÉS MÉDICALES À ACCOMPLIR / MEDICAL EXAMINATIONS

## I. Vous optez pour la déclaration par papier / You have opted for a paper declaration

Capital Décès / Death Benefit	Tranche d'âge / Age bracket		
	Jusqu'à 45 ans inclus Up to 45 yrs incl.	De 46 ans à 55 ans 46 - 55 yrs	De 56 ans à 64 ans 56 - 64 yrs
Entre 18 000 € et 250 000 € €18 000 - €250 000	Questionnaire de santé Health questionnaire		
Entre 250 001 € et 400 000 € €250 001 - €400 000			
Entre 400 001 € et 500 000 € €400 001 - €500 000	Questionnaire de santé Health questionnaire	Questionnaire de santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines Health questionnaire + Medical report + Blood profile + Urinalysis	
Entre 500 001 € à 750 000 € €500 001 - €750 000	Questionnaire de santé + Rapport médical + Profil sanguin	Questionnaire de Santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de Cotinine urinaire à partir de 1 000 001 € + Rapport cardiovasculaire Health questionnaire + Medical report + Blood profile + Urinalysis + Cotinine Test from 1 000 001 € + Cardiovascular report	
Entre 750 001 € à 1 000 000 € €750 001 - €1 000 000	+ Chimie des urines + Test de Cotinine urinaire à partir de 1 000 001 € Health questionnaire + Medical report + Blood profile + Urinalysis + Cotinine Test from 1 000 001 €		
Entre 1 000 001 € à 1 600 000 € €1 000 001 - €1 600 000			
Entre 1 600 001 € à 2 000 000 € €1 600 001 - €2 000 000	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de Cotinine urinaire + Rapport cardiovasculaire Health questionnaire + Medical report + Blood profile + Urinalysis + Cotinine Test + Cardiovascular report		
Entre 2 000 001 € à 5 000 000 € €2 000 001 - €5 000 000	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de Cotinine urinaire + Rapport cardiovasculaire + Formalités financières Health questionnaire + Medical report + Blood profile + Urinalysis + Cotinine Test + Cardiovascular report + Financial formalities		

### ● Rapport Médical APRIL

● **Profil sanguin** : Bilan lipidique : Cholestérol total, H.D.L, LDL, Rapport Cholestérol total / H.D.L, Triglycérides + Glycémie à jeun + Hémoglobine Glyquée (HbA1c) + Sérologie des anticorps anti-HIV 1 et 2 + Sérologies des anticorps anti-HCV (Hépatite C) + Numération Formule Sanguine + Formule plaquettaire + Protéine C réactive + Acide urique + Créatinine + TSH + T4 libre + Bilan enzymatique hépatique : Transaminases SGOT et Transaminases SGPT, Gammas GT + Sérologie de l'Hépatite B code : 4712 (antigènes HBs et anticorps anti-HBs (IgG ou Ig totales)) + PSA (pour les hommes de plus de 50 ans).

**Blood profile** : Lipid profile : Total cholesterol, H.D.L, LDL, Total cholesterol report/ H.D.L, Triglycerides + Fasting glucose + Glycated Haemoglobin (HbA1c) + Serology of HIV 1 and 2 antibodies + Serology of HCV antibodies (Hepatitis C) + Complete Blood Count + Platelet count + C-reactive protein + Uric acid + Creatinine + TSH + Free T4 + Hepatic enzyme profile : Transaminases AST and Transaminases ALT, Gamma-GT + Hepatitis B serology code : 4712 (HBs antigen HBs antibodies (IgG or Ig totals)) + PSA (for men over 50).

● **Chimie des urines** : Dosages de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines. / **Urinalysis** : Dosages of albumin, sugar and blood in the urine.

● **Rapport cardiovasculaire** : Rapport médical Cardiovasculaire APRIL (remis par votre assureur-conseil ou disponible sur april.fr) établi par un cardiologue avec un électrocardiogramme et son compte rendu.

● **Formalités financières** : Questionnaire financier, justificatifs financiers, en fonction de la nature de l'opération financière :  
**Financial requirements** : Financial questionnaire, financial supporting documents depending on the type of operation:

● **en cas de prêt personnel** : Les 2 derniers avis d'imposition et/ou tout justificatif de revenus des 2 dernières années, une copie du (des) projet(s) d'actes de prêt(s). Dans le cas d'une acquisition par le biais d'une SCI, en plus des éléments précédents : les derniers statuts et/ou Kbis de la SCI, les résultats des 2 dernières années de la SCI (déclaration de revenus fonciers ou liasses fiscales). En cas de création récente de la SCI, un business plan accompagné d'un prévisionnel sur 3 ans incluant les loyers perçus ainsi que la charge annuelle de remboursement du ou des prêts ;

**for a personal loan** : The 2 latest tax assessment notices and/or any proof of income for the last 2 years, a copy of the proposed loan deed(s). If a purchase is being made through a real estate company (SCI), the following additional documents : the latest Memorandum and Articles of Association and/or certificate of incorporation of the SCI, the results for the last 2 years of the SCI (declaration of land income or tax returns). If the SCI has been recently created, a business plan accompanied by a 3-year forecast including rent received and the annual repayment charge of the loan or loans ;

● **en cas de prêt professionnel** : Une copie du (des) projet(s) d'actes de prêt(s). Les liasses fiscales des 2 dernières années de la société « Emprunteur »<sup>(1)</sup>.  
**for a professional loan** : A copy of the loan deed(s). The last 2 years' tax returns of the "Borrower" company<sup>(1)</sup>.

En cas de résultats insuffisants ou de création récente de la société « Emprunteur », le business plan complet (comportant notamment le bilan et le compte de résultat prévisionnel sur 3 ans avec la charge annuelle de remboursement du ou des prêts).  
In the case of insufficient results or the recent creation of the "Borrower" company, the full business plan (including the 3-year forecasted balance sheet and profit and loss account with the annual repayment charge of the loan or loans).

(1) Si la société est liée à un groupe : L'organigramme du groupe, Les comptes consolidés certifiés et complets (bilan, compte de résultat, annexe) des 2 dernières années ou liasses fiscales de chaque société du groupe. De plus, en cas de rachat de société - LBO : L'organigramme du groupe avant et après opération, Le business plan complet de l'opération (comportant notamment le bilan et le compte de résultat prévisionnel sur 3 ans avec la charge annuelle de remboursement).  
If the company is part of a group : The group's organisation chart, the certified and full set of consolidated accounts (balance sheet, profit and loss account, notes) for the last 2 years or the tax returns of each group company. Also, in the case of a company acquisition - LBO : The group's organisation chart before and after the operation, The full business plan for the operation (including the 2-year forecasted balance sheet and profit and loss account with the annual repayment charge).

si la société est liée à un groupe : Les comptes consolidés certifiés et complets de la société rachetée (bilan, compte de résultat, annexe) des 2 dernières années ou liasses fiscales de chaque société du groupe.  
if the company is part of a group : The acquired company's certified and complete set of consolidated accounts (balance sheet, profit and loss account, notes) for the last 2 years or the tax returns of each group company.

## OÙ RÉALISER VOS FORMALITÉS MÉDICALES ? WHERE TO CARRY OUT YOUR MEDICAL EXAMINATIONS ?

Nos partenaires vous permettent de réaliser rapidement et simplement vos formalités médicales sans avance de frais :  
Our partners can help you carry out your medical examinations quickly and easily without any advance fees :

- **CBSA (Centre de Bilans de Santé et d'Assurances)** est présent sur 221 sites en France métropolitaine et un 1 site à la Réunion.  
Pour connaître le centre le plus proche de chez vous et prendre rendez-vous :  
**N° : 09 69 32 34 43** (coût d'un appel local) du lundi au vendredi de 8h à 19h30 et le samedi de 8h à 12h30.  
**CBSA (Centre de Bilans de Santé et d'Assurances)** has 221 sites in metropolitan France and 1 site in Réunion.  
To find your nearest centre and make an appointment :  
**No. : 09 69 32 34 43** (cost of a local call) Monday to Friday 8am - 7.30pm and Saturday 8am - 12.30pm.

## REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

**Les frais d'examens médicaux engagés par l'assuré seront remboursés par APRIL Santé Prévoyance** : une fois l'adhésion effective ou en cas de refus de la part d'APRIL Santé Prévoyance. En cas de proposition d'adhésion sous condition de la part d'APRIL Santé Prévoyance : si vous réglez directement les frais médicaux, faites-nous parvenir une facture originale acquittée par le praticien avec un RIB.

**APRIL Santé Prévoyance will reimburse the cost of the policyholder's medical examinations** : once the subscription is effective or if it is refused by APRIL Santé Prévoyance. Where APRIL Santé Prévoyance offers you a conditional subscription : if you pay the medical costs directly, please send us an original bill issued by the practitioner together with your bank details.

En revanche, les frais resteront à la charge de l'assuré dans les cas suivants :  
However, the policyholder will remain liable for the expenses in the following cases :

- **les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Santé Prévoyance**  
APRIL Santé Prévoyance did not ask for the examinations to be carried out
- **l'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe**  
the policyholder does not follow through with its subscription for reasons other than those expressed in the first paragraph

## RISQUES SPÉCIFIQUES SPECIFIC RISKS

### SPORTS / SPORTS

Exclusion de la pratique de tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat rémunéré par l'Assuré à l'adhésion (couverte sur étude), de tout sport et/ou activité sportive non représentés par une fédération française agréée par le Ministère des Sports, de la pratique du saut à l'élastique, du wingsuit, du basejump, de la pratique des sports aériens (à voile, aile ou à moteur) et/ou nécessitant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur (couverte sur étude).

Excludes any sport the Policyholder plays at professional level or under a remunerated contract at the time of subscription (covered upon assessment), any sport and/or sporting activity unrepresented by a French Federation approved by the Ministry of Sport, bungee jumping, windsuit, base jump, aerial sports (using a sail, wing or engine) and/or one that requires a motorised land vehicle (covered upon assessment).

### PROFESSIONS À RISQUES / RISK OCCUPATIONS

Si vous exercez une profession à risques (ex : Gendarme, militaire, sportif professionnel, artificier, marin pêcheur...), une étude complémentaire est nécessaire. Pour accélérer le traitement de votre dossier, renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil pour compléter le questionnaire relatif à votre profession. If you work in a risk occupation (eg : police, military, professional sport, pyrotechnics, deep-sea fishing), a further assessment will be necessary. To accelerate the processing of your application file, ask your insurance consultant for information on completing the questionnaire for your occupation.

## COMMENT CONSTITUER VOTRE DOSSIER ? HOW TO YOU COMPILE YOUR APPLICATION FILE ?

Envoyer votre dossier complet composé de :  
Send your completed application file comprising :

- **La demande d'adhésion**  
The application form
- **La Déclaration d'État de Santé ou le Questionnaire de Santé** si vous déclarez vos éléments médicaux par formulaire papier  
The Statement of Health or the Health Questionnaire if you are declaring your medical information in paper format
- **Le mandat de prélèvement SEPA et votre RIB**  
The SEPA direct debit mandate and your bank details
- **Le plan de financement ou une copie du tableau d'amortissement de l'offre de prêt pour un dossier de reprise**  
The financing proposal or a copy of the offer of credit amortisation schedule for an insurance change file

## ET APRÈS L'ADHÉSION ? AND AFTER SUBSCRIPTION ?

Suite à l'enregistrement de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'adhérent comprenant :  
Once your contract has been registered, your insurance consultant will return your subscription file comprising :

- votre certificat d'adhésion (le détail de vos garanties)  
your insurance subscription certificate (the details of your insurance cover)
- votre échéancier de cotisations (vos cotisations sur toute la durée du prêt)  
your premium payments schedule (your payments throughout the term of the loan)
- le guide de l'assuré (informations pratiques)  
the policyholder's guide (practical information)

Votre certificat banque\* est transmis directement à votre prêteur par courrier ou e-mail.  
Your credit insurance cover certificate\* is sent directly to your lender via post or email.

\* Certificat banque : document banque reprenant vos garanties, les caractéristiques des prêts ainsi que l'échéancier de cotisations.

\* Credit insurance cover certificate : bank document summarising your insurance cover, the loans characteristics and the premium payments schedule.

### À NOTER

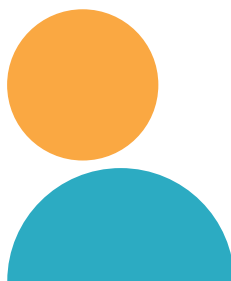
### PLEASE NOTE

- selon les garanties souscrites, le capital ou les échéances de votre prêt sont remboursés au prêteur  
your loan capital or instalments will be repaid to the lender depending on the insurance cover you have taken out
- le prêteur devient bénéficiaire acceptant de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt  
the lender becomes the accepting beneficiary of your insurance policy for the entire term of your loan
- toute modification du contrat doit se faire avec l'accord du prêteur car il est bénéficiaire acceptant  
as the accepting beneficiary, any amendment to the contract must be made with the lender's consent
- les conditions générales et la Lettre d'Information sur vos Données Personnelles sont disponibles dans votre Espace Assuré  
the general terms and conditions and the Information Notice on Personal Data Processing are available in your individual Policyholder Account

 **aprIL** Santé Prévoyance

Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 0478536518 - [www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.  
Produits gérés par APRIL Santé Prévoyance, co-conçus et assurés par MNCAP et MNCAP - AC  
Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.





L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

# Document d'information AERAS

## AERAS Information document

**à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt entrant dans le cadre de la Convention AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé)**

**for customers taking out insurance for a loan that falls within the scope of the AERAS Convention (insurance and loans for those with increased health risk)**

Octobre 2022

October 2022

La loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur » a supprimé le questionnaire médical pour la souscription d'une assurance emprunteur pour un crédit immobilier sous deux conditions :

- Si la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;
- Si l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au sixantième anniversaire de l'assuré.

Pour les emprunts ne remplissant pas les conditions ci-dessus et afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé (personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies), la Convention AERAS met en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

The law of 28 February 2022, "for fairer, simpler and more transparent access to the borrower insurance market" has removed the medical questionnaire to subscribe to borrower insurance for a property loan, subject to two conditions:

- If the insured portion of the cumulative outstanding debt of loan agreements does not exceed 200,000 euros per policyholder;
- If the repayment term of the contracted loan falls before the policyholder's sixtieth birthday.

For loans that do not fulfil the above conditions and to facilitate access to insurance and loans for people with an increased health risk (cancer survivors and also those with other medical conditions), the AERAS Convention puts measures in place to improve how insurers take therapeutic advances into account for people suffering with or who have suffered certain pathologies :

- D'une part, pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'un « droit à l'oubli » permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer ou d'une hépatite virale C de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur ;

First, for allocated or dedicated consumer loans, professional loans for the purchase of premises and/or equipment and real estate loans, by establishing a "right to be forgotten" so that cancer or viral hepatitis C survivors do not have to declare their illness, subject to certain conditions being satisfied at the time the credit insurance is taken out ;

- D'autre part, pour les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers, par la mise en place d'une grille de référence AERAS qui définit :

Second, for professional loans for the purchase of premises and/or equipment and real estate loans, by establishing an AERAS reference table that provides :

- les caractéristiques des pathologies, (définition précise) et les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies aux personnes qui en ont souffert ; a precise definition of the relevant medical conditions and the time periods beyond which no premium surcharge or liability exclusion will be applied to people who have experienced certain medical conditions ;
- des taux de surprimes maximaux applicables par les assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas aux personnes qui en souffrent d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard. maximum premium surcharge rates that insurers are permitted to apply for certain medical conditions that exclude such people from accessing standard rate credit insurance.

**Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.**

**We advise customers wishing to check whether they benefit under these provisions to speak to their doctor who is familiar with their medical condition.**

1

### **Non déclaration d'une ancienne pathologie cancéreuse ou d'une ancienne hépatite virale C : le « droit à l'oubli » pour tous les crédits entrant dans le champ de la Convention**

**Non-declaration of a former cancer illness or a former viral hepatitis C : the "right to be forgotten" for all loans falling within the scope of the Convention**

#### **1.1 - Le dispositif s'applique lorsque deux conditions sont réunies :**

**The measure will apply when two conditions are met :**

- les contrats d'assurance couvrent les prêts à la consommation affectés ou dédiés, les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ; the insurance policies cover allocated or dedicated consumer loans, professional loans for the purchase of premises and/or equipment, real estate loans ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71ème anniversaire de l'emprunteur. the policies must expire before the borrower's 71st birthday.

## 1.2 – Vous pourrez bénéficier des dispositions du « droit à l'oubli » si vous avez été atteint d'une maladie cancéreuse ou d'une hépatite virale C sous réserve que :

You can benefit under the "right to be forgotten" if you have been affected by cancer illness or viral hepatitis C provided that :

- la date de fin du *protocole thérapeutique*<sup>1</sup> remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;  
more than 5 years has lapsed between the dates of the end of your *treatment protocol*<sup>1</sup> and your insurance application ;
- **et** qu'il n'a pas été constaté de *rechute*<sup>2</sup> de votre maladie.  
**and** you have not experienced a *relapse*<sup>2</sup> of your illness.

Les autres pathologies et facteurs de risque, les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli, sont à déclarer à l'assureur en réponse au questionnaire de santé et pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification en tant que telle.

Les conséquences de la maladie cancéreuse, de l'hépatite virale C ou celles des traitements, notamment les effets secondaires, ne sont pas couvertes par le Droit à l'oubli et doivent donc être déclarées à l'assureur.

Other medical conditions and risk factors, current circumstances of incapacity, disability or unfitness to work, whether or not connected with the illness falling within the "right to be forgotten", must be declared to the insurer via the health questionnaire and may give rise to an adapted decision or pricing level.

The "right to be forgotten" does not cover the consequences of having had cancer, viral hepatitis C or its treatment, including side effects, and must be declared to the insurer.

**Vos droits : Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1.2 vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse ou d'hépatite virale C et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives aux maladies cancéreuses ou à l'hépatite virale C, mentionnées au 1.2 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.**

**Your rights : If you meet one of the medical conditions in 1.2 you do not have to declare your previous cancer illness or viral hepatitis C and you will be entitled to insurance without any premium surcharge or liability exclusion regarding that illness. Therefore, when you are applying for protection insurance you will not have to send information relating to the cancer illnesses or to the viral hepatitis C mentioned in 1.2. However, if you send it by mistake, the insurer's medical department will not take it into account in its risk assessment.**

2

## Déclaration des états de santé : la grille de référence AERAS

### Statement of health : the AERAS reference table

#### 2.1 – Le dispositif s'applique lorsque trois conditions sont réunies :

The measure shall apply when three conditions are met :

- les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;  
the insurance policies cover professional loans for the purchase of premises and/or equipment, real estate loans ;
- il s'agit soit, de contrats relatifs aux opérations de prêts immobiliers ayant pour objet l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 420 000€, sans tenir compte des crédits relais ;  
soit de ceux relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 420 000€ pour les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels pour l'acquisition de locaux et/ou de matériels ;  
they are either policies relating to real estate loans to purchase a principal residence, where the insured portion does not exceed €420,000, not including bridging loans ; or those relating to cumulative financing for other cases of professional loans to purchase premises and/or equipment, where the insured portion does not exceed €420,000 ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71<sup>ème</sup> anniversaire de l'emprunteur.  
the policies must expire before the borrower's 71<sup>st</sup> birthday.

#### 2.2 – Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence AERAS

Conditions for entitlement to the AERAS reference table

**Vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée suivant les modalités suivantes :**

**You must declare the information on your state of health to your insurer and the insurance policy will be awarded in accordance with the following terms and conditions :**

- a) Accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard (liste I) :  
Access to protection insurance under standard conditions (list I) :

<sup>1</sup>Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique » : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

<sup>1</sup>What do we mean by the "date of the end of your treatment protocol" ? This is the date of the end of your active cancer or viral hepatitis C treatment, where there is no relapse, by surgery, radiotherapy chemotherapy or anti-viral treatments carried out by an authorised organisation, where no further treatment is necessary other than the possibility of continuous hormone replacement therapy or immunotherapy-type treatment.

<sup>2</sup>Ce que l'on entend par « rechute » : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

<sup>2</sup>What do we mean by "relapse" ? This is any new medically diagnosed cancer or viral hepatitis C, whether through clinical, biological or imaging examination.

- La grille de référence établit la liste de pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques, répondant à des critères précis, pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser les conditions d'accès à des délais inférieurs à ceux du « droit à l'oubli » au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer ;  
The reference table lists illnesses, cancerous or otherwise, including chronic diseases, that meet specific criteria, for which available scientific data permits insurance access terms within shorter time periods than those for the "right to be forgotten" to be defined, beyond which no premium surcharge or liability exclusion will be applied by reason of the previous declarable medical condition ;
- Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du *protocole thérapeutique*<sup>3</sup> (pathologies cancéreuses, hépatite virale C) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie ;  
It specifies the reference date from which these time periods begin to run : end of the *treatment protocol*<sup>3</sup> (cancerous diseases, viral hepatitis C) or the reference date appropriate to each type of disease ;
- Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de l'acceptation aux conditions standard.  
For these diseases, the insurer will inform the borrower of its agreement to apply standard terms and conditions.

**Vos droits : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et celles mentionnées au 2.1.**  
**Your rights : no premium surcharge or liability exclusion linked to this previous medical condition will be applied if you meet the conditions defined in the table and those set out in 2.1.**

- b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard (liste II) :  
Access to protection insurance in terms and conditions close to standard terms and conditions (list II):
- La grille de référence liste les pathologies, cancéreuses ou autres, y compris chroniques pour lesquelles les données de la science disponibles permettent de préciser, par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité), les critères d'accès à ces conditions d'assurance et les taux de surprimes maximaux applicables ;  
The reference table lists the illnesses, cancerous or otherwise, including chronic diseases, for which available scientific data permits insurance access terms and maximum applicable premium surcharge rates to be defined per cover (for example : death, incapacity, disability) ;
  - Pour ces pathologies, l'emprunteur est informé par l'assureur de la tarification standard de la prime et peut ainsi apprécier le niveau de la surprime appliquée.  
For these diseases, the insurer will inform the borrower of the standard premium prices of the premium and may also assess the level of premium surcharge applied.

**Vos droits : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille si vous remplissez les conditions mentionnées au 2.1 et les critères d'accès.**  
**Your rights : if you meet the conditions under 2.1 and the access criteria, the surcharge rate applicable to you due to the previous medical condition stated in the reference table may not exceed the ceiling fixed by that table.**

L'application de la grille de référence est évaluée par le service médical de l'assureur qui a la possibilité de demander des informations complémentaires au candidat à l'assurance afin de pouvoir vérifier les critères définis par la grille de référence. The insurer's medical department will assess application of the reference table and may ask for further information from the insurance applicant to check the criteria defined in the reference table.

### 3 Évolution du « droit à l'oubli » et du contenu de la grille de référence AERAS Development of the "right to be forgotten" and the content of the AERAS reference table

Les dispositions prévues pour le « droit à l'oubli » comme celles figurant dans la grille de référence AERAS sont enrichies pour tenir compte des progrès thérapeutiques et des données de santé disponibles pour certaines pathologies. Les mises à jour régulières de cette grille de référence sont mises en ligne et donc consultables sur le site internet de la Convention AERAS, [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

The provisions of the "right to be forgotten" and those set out in the AERAS reference table are supplemented to take into account therapeutic advances and available health-related data for certain medical conditions. The reference table is regularly updated, posted online and can be consulted on the AERAS Convention website [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

<sup>3</sup>*Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique » : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer ou de l'hépatite virale C, en l'absence de rechute (toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer ou de l'hépatite virale C, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie), par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie ou traitements antiviraux effectués en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.*

<sup>3</sup>*What do we mean by the "date of the end of your treatment protocol" ? This is the date of the end of your active cancer or viral hepatitis C treatment, where there is no relapse (any new medically diagnosed cancer or viral hepatitis C, whether through clinical, biological or imaging examination) by surgery, radiotherapy chemotherapy or anti-viral treatments carried out by an authorised organisation, where no further treatment is necessary other than the possibility of continuous hormone replacement therapy or immunotherapy-type treatment.*





DESUNE

## DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ / APRIL ASSURANCE DE PRÊT INTÉGRALE STATEMENT OF HEALTH / APRIL ASSURANCE DE PRÊT INTÉGRALE

**Pour les assurés jusqu'à 55 ans** au 31/12 de l'année de prise d'effet des garanties **souscrivant un capital maximum de 400 000 €**  
**For policyholders up to 55 yrs of age** as at 31/12 of the year the cover becomes effective **who subscribe a maximum capital of €400,000**

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque. 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.**  
You must answer all the questions yourself as accurately as possible because you are bound by your declarations. This health questionnaire is essential for the Insurer's assessment of the the risk. The medical information you disclose is covered by professional secrecy. **For confidentiality purposes, please send the questionnaire in a separate sealed envelope to the APRIL Santé Prévoyance Medical Adviser.**

**Si vous répondez au moins un « oui » à l'une de ces questions, nous vous remercions de renseigner le questionnaire de santé complet.**  
**If you answer "yes" to at least one of these questions, please fill in the health questionnaire in full.**

ASSURÉ(E) 1 NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POLICYHOLDER 1 LAST NAME FIRST NAME DATE OF BIRTH	
<b>1</b> Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs <b>au cours des 10 dernières années</b> sur prescription médicale, pour raison de santé ( <b>hors congés légaux pour maternité</b> ) ?* Are you currently on sick leave or have you had one or more periods of sick leave lasting more than 21 consecutive days <b>in the last 10 years</b> by medical prescription for health reasons ( <b>excluding statutory maternity leave</b> ) ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No
<b>2</b> a) Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Do you receive a pension, annuity or allowance for being unfit to work or for a disability ? b) Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? Do you receive the Disabled Adult Allowance ( <i>Allocation pour adulte handicapé - AAH</i> ) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No
<b>3</b> Avez-vous eu un accident <b>au cours des 10 dernières années</b> ayant entraîné des séquelles ? Have you had an accident <b>in the last 10 years</b> resulting in injury ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No
<b>4</b> a) Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) <b>de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années</b> , sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? Are you currently undergoing or have you been prescribed medical treatment (example: medication, physiotherapy, osteopathy, acupuncture, infiltration, psychotherapy, devices) <b>for more than 21 days over the last 5 years</b> , except for contraceptive treatment or seasonal illnesses such as flu or rhinitis ? b) Avez-vous ou avez-vous eu, <b>au cours des 5 dernières années</b> , une prise en charge chirurgicale et/ou une hospitalisation sauf pour végétations, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ? Are you undergoing or have you had, <b>in the last 5 years</b> , a surgical procedure and/or been hospitalised except for adenoids, tonsils, wisdom teeth, deviated nasal septum, caesarean section, abortion, appendicitis, vesicular lithiasis, haemorrhoids, inguinal hernia ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No
<b>5</b> a) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une(es) maladie(s) suivante(s) : cancer*, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, burn out, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ? Are you suffering or have you suffered in the last 10 years from any of the following illnesses: cancer*, cardiac disease, vascular disease, high blood pressure, diabetes, neurological condition, urinary tract disease, psychological or psychiatric illness, depression, burn-out, hypercholesterolemia, blood disorder, digestive tract disease (including the stomach), respiratory tract disease, vertebral column condition, joint and/or ligament condition, renal impairment, thyroid malfunction, endocrinal disease, skin disease, gynaecological illness, autoimmune disease, rheumatic disease ? b) Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan en vue d'un diagnostic est-il en cours ? Are you under the care of a specialist doctor (excluding standard pregnancy care) or are you currently being assessed with a view to a diagnosis ? c) Devez-vous être hospitalisé(e) et/ou subir une intervention chirurgicale <b>dans les 6 prochains mois</b> ? Will you have to be hospitalised and/or have surgery <b>in the next 6 months</b> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No
<b>6</b> 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) <b>dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ?*</b> Have you had a serological screening test relating in particular to the hepatitis B and C viruses or the human immunodeficiency virus (HIV) <b>with a positive result (one or more viruses detected in the blood) ?*</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No

\* Si vous avez été atteint de certaines pathologies, vous pouvez bénéficier, sous conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.

If you have been affected by certain pathologies, you can benefit, under conditions, from the right not to declare this previous health condition and therefore to answer NO to this question. To check whether you meet the required conditions, please consult the AERAS Information Document on the "right to be forgotten" enclosed with your application form.

DESUNE

**ASSURÉ(E) 1 NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :**          
**POLICYHOLDER 1 LAST NAME** **FIRST NAME** **DATE OF BIRTH**

En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?  
 Given your height, is your weight outside the limits appearing in the table below ?

7	Taille (en cm) Height (in cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No
	Poids (en kg) Weight (in kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113	65 - 120	70 - 125	

- Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions, merci de renseigner et d'adresser uniquement le questionnaire de santé.  
 If you answered "YES" to one of the questions, please fill in and send the health questionnaire only.
- Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, vous n'avez pas besoin de remplir le questionnaire de santé.  
 If you answered "NO" to all of the questions, you do not need to fill in the health questionnaire.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli », joint à ma demande d'adhésion, avant de répondre aux questions ci-dessus.

En signant le présent questionnaire :

- je reconnais être informé(e) des traitements des données de santé me concernant réalisés par APRIL Santé Prévoyance et l'assureur ainsi que des droits dont je bénéficie (décrits dans la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui m'a été fournie lors de mon parcours d'adhésion au contrat d'assurance) ;
- je reconnais être informé(e) qu'à défaut de consentement au traitement de mes données de santé, le contrat ne pourra être ni souscrit ni exécuté;
- je consens au traitement des données de santé me concernant par APRIL Santé Prévoyance et l'assureur aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du contrat incluant : l'étude de risque, la gestion des réclamations / contentieux et recours, la surveillance du risque, les études statistiques / actuarielles et la lutte contre la fraude, ainsi que par APRIL Santé Prévoyance dans le cadre de l'évaluation de la qualité lors de nos échanges téléphoniques.

I acknowledge that I received and read the AERAS Information Document on the "right to be forgotten" enclosed with my application form, before answering the above questions. By signing this questionnaire:


- I acknowledge I have been informed that APRIL Santé Prévoyance and the insurer will process my personal health data and of my data protection rights (described in the Information Notice on Personal Data Processing that I received during my insurance policy application procedure);
- I acknowledge I have been informed that if I do not consent to my personal health data being processed, the policy cannot be subscribed or executed;
- I consent to my personal health data being processed by APRIL Santé Prévoyance and the insurer for the purposes of signing, managing and executing the policy, including: risk assessment, management of claims/disputes and appeals, risk monitoring, statistical/actuarial research and anti-fraud practices, as well as by APRIL Santé Prévoyance as part of its quality assessment of our telephone conversations.

**Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.**  
**I certify that the above information is accurate and I acknowledge I have been informed that any concealment or false declaration will result in the application of the sanctions provided under articles L113-8 and L113-9 of the Insurance Code, including the policy being declared null and void in the event of any intentional misrepresentation.**

Fait à / Signed in

le / on

La signature de l'Assuré 1  
 Signature of Policyholder 1



**Cette déclaration est valable 6 mois à compter de sa signature.**  
 This declaration is valid for 6 months from its date of signature.





SECODES

## DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ / APRIL ASSURANCE DE PRÊT INTÉGRALE STATEMENT OF HEALTH / APRIL ASSURANCE DE PRÊT INTÉGRALE

**Pour les assurés jusqu'à 55 ans** au 31/12 de l'année de prise d'effet des garanties **souscrivant un capital maximum de 400 000 €**  
**For policyholders up to 55 yrs of age** as at 31/12 of the year the cover becomes effective **who subscribe a maximum capital of €400,000**

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. 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.**  
You must answer all the questions yourself as accurately as possible because you are bound by your declarations. This health questionnaire is essential for the Insurer's assessment of the risk. The medical information you disclose is covered by professional secrecy. **For confidentiality purposes, please send the questionnaire in a separate sealed envelope to the APRIL Santé Prévoyance Medical Adviser.**

**Si vous répondez au moins un « oui » à l'une de ces questions, nous vous remercions de renseigner le questionnaire de santé complet.**  
**If you answer "yes" to at least one of these questions, please fill in the health questionnaire in full.**

ASSURÉ(E) 2 NOM : .....	PRÉNOM : .....	DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
POLICYHOLDER 2 LAST NAME	FIRST NAME	DATE OF BIRTH
<b>1</b>	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs <b>au cours des 10 dernières années</b> sur prescription médicale, pour raison de santé ( <b>hors congés légaux pour maternité</b> ) ?* Are you currently on sick leave or have you had one or more periods of sick leave lasting more than 21 consecutive days <b>in the last 10 years</b> by medical prescription for health reasons ( <b>excluding statutory maternity leave</b> ) ?*	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
<b>2</b>	a) Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Do you receive a pension, annuity or allowance for being unfit to work or for a disability ?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
	b) Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? Do you receive the Disabled Adult Allowance ( <i>Allocation pour adulte handicapé</i> - AAH) ?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
<b>3</b>	Avez-vous eu un accident <b>au cours des 10 dernières années</b> ayant entraîné des séquelles ? Have you had an accident <b>in the last 10 years</b> resulting in injury ?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
<b>4</b>	a) Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) <b>de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années</b> , sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? Are you currently undergoing or have you been prescribed medical treatment (example: medication, physiotherapy, osteopathy, acupuncture, infiltration, psychotherapy, devices) <b>for more than 21 days over the last 5 years</b> , except for contraceptive treatment or seasonal illnesses such as flu or rhinitis ?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
	b) Avez-vous ou avez-vous eu, <b>au cours des 5 dernières années</b> , une prise en charge chirurgicale et/ou une hospitalisation sauf pour végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale ? Are you undergoing or have you had, <b>in the last 5 years</b> , a surgical procedure and/or been hospitalised except for adenoids, tonsils, wisdom teeth, deviated nasal septum, caesarean section, abortion, appendicitis, vesicular lithiasis, haemorrhoids, inguinal hernia ?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
<b>5</b>	a) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une(es) maladie(s) suivante(s) : cancer*, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, burn out, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ? Are you suffering or have you suffered in the last 10 years from any of the following illnesses: cancer*, cardiac disease, vascular disease, high blood pressure, diabetes, neurological condition, urinary tract disease, psychological or psychiatric illness, depression, burn-out, hypercholesterolemia, blood disorder, digestive tract disease (including the stomach), respiratory tract disease, vertebral column condition, joint and/or ligament condition, renal impairment, thyroid malfunction, endocrinal disease, skin disease, gynaecological illness, autoimmune disease, rheumatic disease ?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
	b) Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan en vue d'un diagnostic est-il en cours ? Are you under the care of a specialist doctor (excluding standard pregnancy care) or are you currently being assessed with a view to a diagnosis ?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
	c) Devez-vous être hospitalisé(e) et/ou subir une intervention chirurgicale <b>dans les 6 prochains mois</b> ? Will you have to be hospitalised and/or have surgery <b>in the next 6 months</b> ?	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
<b>6</b>	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) <b>dont le résultat a été positif (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang)</b> ?* Have you had a serological screening test relating in particular to the hepatitis B and C viruses or the human immunodeficiency virus (HIV) <b>with a positive result (one or more viruses detected in the blood)</b> ?*	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	

\* Si vous avez été atteint de certaines pathologies, vous pouvez bénéficier, sous conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.

If you have been affected by certain pathologies, you can benefit, under conditions, from the right not to declare this previous health condition and therefore to answer NO to this question. To check whether you meet the required conditions, please consult the AERAS Information Document on the "right to be forgotten" enclosed with your application form.

SECODES

**ASSURÉ(E) 2 NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :**          
**POLICYHOLDER 2 LAST NAME** **FIRST NAME** **DATE OF BIRTH**

En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?  
 Given your height, is your weight outside the limits appearing in the table below ?

7	Taille (en cm) Height (in cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195	196 - 200	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No
	Poids (en kg) Weight (in kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113	65 - 120	70 - 125	

**Si vous avez répondu «OUI» à l'une des questions, merci de renseigner et d'adresser uniquement le questionnaire de santé.**  
 If you answered "YES" to one of the questions, please fill in and send the health questionnaire only.

**Si vous avez répondu «NON» à toutes les questions, vous n'avez pas besoin de remplir le questionnaire de santé.**  
 If you answered "NO" to all of the questions, you do not need to fill in the health questionnaire.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli », joint à ma demande d'adhésion, avant de répondre aux questions ci-dessus.

En signant le présent questionnaire :

- je reconnais être informé(e) des traitements des données de santé me concernant réalisés par APRIL Santé Prévoyance et l'assureur ainsi que des droits dont je bénéficie (décrits dans la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui m'a été fournie lors de mon parcours d'adhésion au contrat d'assurance) ;

- je reconnais être informé(e) qu'à défaut de consentement au traitement de mes données de santé, le contrat ne pourra être ni souscrit ni exécuté;

- je consens au traitement des données de santé me concernant par APRIL Santé Prévoyance et l'assureur aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du contrat incluant : l'étude de risque, la gestion des réclamations / contentieux et recours, la surveillance du risque, les études statistiques / actuarielles et la lutte contre la fraude, ainsi que par APRIL Santé Prévoyance dans le cadre de l'évaluation de la qualité lors de nos échanges téléphoniques.

I acknowledge that I received and read the AERAS Information Document on the "right to be forgotten" enclosed with my application form, before answering the above questions.

By signing this questionnaire:

- I acknowledge I have been informed that APRIL Santé Prévoyance and the insurer will process my personal health data and of my data protection rights (described in the Information Notice on Personal Data Processing that I received during my insurance policy application procedure);

- I acknowledge I have been informed that if I do not consent to my personal health data being processed, the policy cannot be subscribed or executed;


- I consent to my personal health data being processed by APRIL Santé Prévoyance and the insurer for the purposes of signing, managing and executing the policy, including: risk assessment, management of claims/disputes and appeals, risk monitoring, statistical/actuarial research and anti-fraud practices, as well as by APRIL Santé Prévoyance as part of its quality assessment of our telephone conversations.

**Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 221-14 et L 221-15 du Code de la Mutualité et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.**  
**I certify that the above information is accurate and I acknowledge I have been informed that any concealment or false declaration will result in the application of the sanctions provided under articles L 221-14 and L 221-15 of Mutuality Code, including the policy being declared null and void in the event of any intentional misrepresentation.**

Fait à / Signed in

le / on

La signature de l'Assuré 2  
 Signature of Policyholder 2



**Cette déclaration est valable 6 mois à compter de sa signature.**  
 This declaration is valid for 6 months from its date of signature.



Assuré I / POLICYHOLDER I

Questionnaire de santé

Health questionnaire

# APRIL

## Assurance de Prêt Intégrale



À compléter uniquement en cas de déclaration par papier.  
To be completed only if you are making a paper declaration.

Si vous choisissez la déclaration par téléphone, vous ne devez pas compléter ce document ni la déclaration d'état de santé. Pour en savoir plus sur ce service, rapprochez-vous de votre assureur-conseil.

If you opt for a telephone declaration, you do not have to complete this document, or the statement of health.

Please ask your insurance consultant if you would like to know more about this service.





QPREM

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ APRIL ASSURANCE DE PRÊT INTÉGRALE

## HEALTH QUESTIONNAIRE APRIL ASSURANCE DE PRÊT INTÉGRALE

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. 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.**

You must answer all the questions yourself as accurately as possible because you are bound by your declarations. This health questionnaire is essential for the Insurer's assessment of the risk. If you fail to answer any of the questions, you will be asked to supply further information. The medical information you disclose is covered by professional secrecy. The more information you provide, the quicker we will be able to process your application. **For confidentiality purposes, please send this questionnaire and all the necessary supporting documents in a separate sealed envelope to the APRIL Santé Prévoyance Medical Adviser.**

**ASSURÉ(E) 1 NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :**          
**POLICYHOLDER 1 LAST NAME** **FIRST NAME** **DATE OF BIRTH**

### QUESTIONS RELATIVES À VOTRE ÉTAT DE SANTÉ / QUESTIONS RELATING TO YOUR STATE OF HEALTH

1	a) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle <b>inférieure ou égale à 80 ?</b> Is the difference between your height in cm and your weight in kg <b>less than or equal to 80 ?</b> (ex. 175 cm - 83 kg = 92, je réponds « Non » 175cm - 99kg = 76, je réponds « Oui ») (eg. 175 cm - 83 kg = 92, your answer is "No" 175cm - 99kg = 76, your answer is "Yes")	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	Si oui : taille ..... en cm et poids : ..... en kg If yes : height in cm and weight in kg
	b) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle <b>supérieure ou égale à 120 ?</b> Is the difference between your height in cm and your weight in kg <b>more than or equal to 120 ?</b> (ex. 175 cm - 90 kg = 85, je réponds « Non » 175 cm - 50 kg = 125, je réponds « Oui ») (eg. 175 cm - 90 kg = 85, your answer is "No" 175 cm - 50 kg = 125, your answer is "Yes")	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	
2	a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ( <b>hors congés légaux pour maternité</b> ) ? Are you currently on sick leave by medical prescription for health reasons ( <b>excluding statutory maternity leave</b> ) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	Si oui, précisez / If yes, please specify : Pourquoi / Why : ..... Depuis quand / Since when : .....
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des <b>10 dernières années</b> sur prescription médicale, pour raison de santé ( <b>hors congés légaux pour maternité</b> ) ?* Have you had one or more periods of sick leave lasting more than 21 consecutive days in the <b>last 10 years</b> by medical prescription for health reasons ( <b>excluding statutory maternity leave</b> ) ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : If yes, please specify for each period of leave : Pourquoi / Why : ..... Quand (mois/année) : ..... / ..... Durée : ..... When (month/year) Duration
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ? Do you receive a pension, annuity or allowance for being unfit to work or for a disability ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	Si oui, précisez / If yes, please specify : Depuis quelle date / From what date : ..... Pourquoi / Why : ..... A quel taux ou quelle catégorie : ..... At what rate or category Quel est l'organisme qui vous verse la prestation : Which organisation pays you the benefit
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des <b>15 dernières années</b> ?* In the <b>last 15 years</b> * has a social services agency paid the full cost of your medical care ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	Si oui, précisez / If yes, please specify : Pourquoi / Why : ..... Quand (mois/année) : ..... / ..... Durée : ..... When (month/year) Duration
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? Do you receive the Disabled Adult Allowance ( <i>Allocation pour adulte handicapé</i> - AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	Si oui, précisez / If yes, please specify : Depuis quelle date / From what date : ..... Pourquoi / Why : ..... A quel taux / At what rate : .....
4	Avez-vous eu un accident au cours des <b>10 dernières années</b> ayant entraîné des séquelles ? Have you had an accident in the <b>last 10 years</b> resulting in injury ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No	Si oui, précisez (*) / If yes, please specify (*) : Date / Date : ..... La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : Location of the injury (example : shoulder, knee) : ..... <b>*Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident</b> Please provide a copy of the assessments made following your accident

\* Si vous avez été atteint de certaines pathologies, vous pouvez bénéficier, sous conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre **NON** à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.  
If you have been affected by certain pathologies, you can benefit, under conditions, from the right not to declare this previous health condition and therefore to answer **NO** to this question. To check whether you meet the required conditions, please consult the AERAS Information Document on the "right to be forgotten" enclosed with your application form.

**ASSURÉ(E) 1 NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :**          
**POLICYHOLDER 1 LAST NAME** **FIRST NAME** **DATE OF BIRTH**

	<p>a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, <b>sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?</b>                  Are you currently undergoing medical treatment, <b>except for contraception or seasonal illnesses such as flu, rhinitis ?</b>  <i>Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</i>  <i>Included in the term medical treatment, we mean medication, physiotherapy, osteopathy, acupuncture, infiltration, psychotherapy, medical devices</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Si oui, précisez / If yes, please specify :                  Lequel / Which : .....                  Pourquoi / Why : .....                  Quand (mois/année) : ..... / ..... Durée : .....                  When (month/year) Duration</p>
5	<p>b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours <b>au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?</b>                  Have you ever been prescribed medical treatment for more than 21 days <b>in the last 5 years, except for contraception or seasonal illnesses such as flu, rhinitis ?</b>  <i>Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</i>  <i>Included in the term medical treatment, we mean medication, physiotherapy, osteopathy, acupuncture, infiltration, psychotherapy, medical devices</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Si oui, précisez / If yes, please specify :                  Lequel / Which : .....                  Pourquoi / Why : .....                  Quand (mois/année) : ..... / ..... Durée : .....                  When (month/year) Duration</p>
6	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris les séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (<b>sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale</b>) ?                  In the last 5 years, have you stayed (including stays of less than 24 hours) in hospital, psychiatric or equivalent, for an operation, medical-surgical procedures (endoscopy, arthroscopy, angioplasty), examinations, treatment, convalescence, addiction treatment, or rehabilitation (<b>except for pregnancy, adenoids, tonsils, wisdom teeth, deviated nasal septum, caesarean section, abortion, appendicitis, vesicular lithiasis, haemorrhoids, inguinal hernia</b>) ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Si oui, précisez (*) / If yes, please specify (*) :                  Date / Date : .....                  Raison / Reason : .....                  Durée du séjour / Duration of stay : .....                  Résultats / Results : .....  <b>*Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés</b>                  Please provide a copy of the examinations and reports carried out</p>
7	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) et/ou respiratoires (EFR, spirométrie, polysomnographie), <b>hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?</b>                  In the last 5 years, have you undertaken any examinations : laboratory (blood, urine, stool), cardiological (ultrasound, electrocardiogram, Doppler) and/or medical imaging (ultrasound, scan, MRI, endoscopy, colonoscopy, radiology, breast screening) and/or respiratory (RFT, spirometry, polysomnography), <b>excluding ongoing annual assessment (occupational medicine) and ongoing care during pregnancy ?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Si oui, précisez (*) / If yes, please specify (*) :                  Date / Date : .....                  Raison / Reason : .....                  Résultats / Results : .....  <b>*Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés</b>                  Please provide a copy of the examinations and reports carried out</p>
<p><b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :</b>                  Do you suffer from or have you suffered in the last 10 years from any of the following illnesses :</p>			
	<p><b>a) Respiratoire :</b> D'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire, syndrome d'apnée du sommeil ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?  <b>Respiratory :</b> Asthma, tuberculosis, pulmonary embolism, chronic bronchitis, emphysema, respiratory failure, sleep apnoea syndrome or any other respiratory system disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
8	<p><b>b) Cardio-vasculaire :</b> D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?  <b>Cardiovascular :</b> High blood pressure, arteritis, heart attack, rhythm disorder, angina, heart defect, heart disease, arteriopathy thrombosis or any other cardiovascular system disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish                  Votre tension artérielle actuelle : ..... (Systolique/Diastolique)                  Your current blood pressure (Systolic/Diastolic)</p>
	<p><b>c) Ophtalmologique / ORL :</b> D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?  <b>Ophthalmological / ENT :</b> Blindness (even one-sided), glaucoma, macular degeneration, deafness (even one-sided), tinnitus, Ménière's Disease, or any other ophthalmological / ENT disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish                  Pour les yeux, indiquez la correction (*) :                  For eyes, indicate the lens correction (*) :                  Droite / Right : ..... Gauche / Left : .....  <b>*Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.</b>                  Please attach a copy of the most recent prescription from your eye doctor.</p>

**ASSURÉ(E) 1 NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :**          
**POLICYHOLDER 1 LAST NAME** **FIRST NAME** **DATE OF BIRTH**

<p><b>d) Dermatologique :</b> D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?  <b>Dermatological :</b> Eczema, psoriasis, purpura, herpes, cysts, nevi or any other dermatological disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>e) Articulaire :</b> D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une méniscectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?  <b>Joint :</b> Herniated disc, low back pain, neck pain, sciatica, lumbago, meniscectomy, ligamentoplasty, osteoarthritis, polyarthritis, coxarthrosis, osteoporosis, lupus or any other bone or joint diseases or auto-immune disorders ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Localisation précise (exemple : épaule, genou) : .....                  Precise localisation (example : shoulder, knee)                  Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés :                  For the spinal column, please specify the affected segments  <input type="checkbox"/> Cervical / Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal / Dorsal  <input type="checkbox"/> Lombaire / Lumbar <input type="checkbox"/> Sacré / Sacrum                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>f) Digestive :</b> De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?  <b>Digestive :</b> Crohn's disease, gastric ulcer, polyps, gastro-oesophageal reflux, diverticula, hernia, liver disease, pancreas, gallbladder, oesophagus, stomach, intestine, colon or rectum or any other illness affecting the digestive system ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>g) Neuro-musculaire :</b> D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle épinière, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?  <b>Neuromuscular :</b> Epilepsy, myopathy, meningitis, multiple sclerosis, Parkinson's disease, dizziness, paralysis, Alzheimer's disease, neuropathy, spinal cord defect, stroke, transient ischemic attacks or any other disease affecting the nervous or muscular system ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>h) Cancer* :</b> D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'une maladie de la moelle osseuse, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?  <b>Cancer* :</b> Leukaemia, Hodgkin's disease, bone marrow disease, lymphoma, benign and/or malignant tumour or any other cancerous disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>i) Endocrin-métabolique :</b> De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?  <b>Endocrine-metabolic :</b> Thyroid, pituitary gland, diabetes, high cholesterol level, triglycerides, uric acid, or any other disease affecting the endocrine or metabolic system ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>j) Urino-rénale :</b> Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal ?  <b>Urino-renal :</b> Urinary tract, renal colic, kidney failure, pyelonephritis, proteinuria, or any other urinary and renal system disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>k) Génitale :</b> D'endométriome, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou urogénitale ?  <b>Genital :</b> Endometriosis, prostatitis, adenoma, fibroids, or any other gynaecological or urogenital disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>l) Nerveuse :</b> De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de névrose, de burn out, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?  <b>Nervous system :</b> Depression, neurotic disorder, obsessive-compulsive disorder, hyperventilation syndrome, stress, anxiety, neurosis, burn-out, psychosis, fibromyalgia, eating disorders, suicide attempts or any other psychological or psychiatric disorders ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>

\* Si vous avez été atteint de certaines pathologies, vous pouvez bénéficier, sous conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.

If you have been affected by certain pathologies, you can benefit, under conditions, from the right not to declare this previous health condition and therefore to answer NO to this question. To check whether you meet the required conditions, please consult the AERAS Information Document on the "right to be forgotten" enclosed with your application form.



# APRIL

## Assurance de Prêt Intégrale



À compléter uniquement en cas de déclaration par papier.  
To be completed only if you are making a paper declaration.

Si vous choisissez la déclaration par téléphone, vous ne devez pas compléter ce document ni la déclaration d'état de santé. Pour en savoir plus sur ce service, rapprochez-vous de votre assureur-conseil.

If you opt for a telephone declaration, you do not have to complete this document, or the statement of health. Please ask your insurance consultant if you would like to know more about this service.





**ASSURÉ(E) 2 NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :**          
**POLICYHOLDER 2 LAST NAME** **FIRST NAME** **DATE OF BIRTH**

	<p>a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, <b>sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?</b>                  Are you currently undergoing medical treatment, <b>except for contraception or seasonal illnesses such as flu, rhinitis ?</b>  <i>Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</i>  <i>Included in the term medical treatment, we mean medication, physiotherapy, osteopathy, acupuncture, infiltration, psychotherapy, medical devices</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Si oui, précisez / If yes, please specify :                  Lequel / Which : .....                  Pourquoi / Why : .....                  Quand (mois/année) : ..... / ..... Durée : .....                  When (month/year) Duration</p>
5	<p>b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours <b>au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?</b>                  Have you ever been prescribed medical treatment for more than 21 days <b>in the last 5 years, except for contraception or seasonal illnesses such as flu, rhinitis ?</b>  <i>Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</i>  <i>Included in the term medical treatment, we mean medication, physiotherapy, osteopathy, acupuncture, infiltration, psychotherapy, medical devices</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Si oui, précisez / If yes, please specify :                  Lequel / Which : .....                  Pourquoi / Why : .....                  Quand (mois/année) : ..... / ..... Durée : .....                  When (month/year) Duration</p>
6	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris les séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (<b>sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale</b>) ?                  In the last 5 years, have you stayed (including stays of less than 24 hours) in hospital, psychiatric or equivalent, for an operation, medical-surgical procedures (endoscopy, arthroscopy, angioplasty), examinations, treatment, convalescence, addiction treatment, or rehabilitation (<b>except for pregnancy, adenoids, tonsils, wisdom teeth, deviated nasal septum, caesarean section, abortion, appendicitis, vesicular lithiasis, haemorrhoids, inguinal hernia</b>) ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Si oui, précisez (*) / If yes, please specify (*) :                  Date / Date : .....                  Raison / Reason : .....                  Durée du séjour / Duration of stay : .....                  Résultats / Results : .....  <b>*Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés</b>  <b>Please provide a copy of the examinations and reports carried out</b></p>
7	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) et/ou respiratoires (EFR, spirométrie, polysomnographie), <b>hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?</b>                  In the last 5 years, have you undertaken any examinations : laboratory (blood, urine, stool), cardiological (ultrasound, electrocardiogram, Doppler) and/or medical imaging (ultrasound, scan, MRI, endoscopy, colonoscopy, radiology, breast screening) and/or respiratory (RFT, spirometry, polysomnography), <b>excluding ongoing annual assessment (occupational medicine) and ongoing care during pregnancy ?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Si oui, précisez (*) / If yes, please specify (*) :                  Date / Date : .....                  Raison / Reason : .....                  Résultats / Results : .....  <b>*Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés</b>  <b>Please provide a copy of the examinations and reports carried out</b></p>
<p><b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :</b>  <b>Do you suffer from or have you suffered in the last 10 years from any of the following illnesses :</b></p>			
	<p><b>a) Respiratoire :</b> D'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire, syndrome d'apnée du sommeil ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?  <b>Respiratory :</b> Asthma, tuberculosis, pulmonary embolism, chronic bronchitis, emphysema, respiratory failure, sleep apnoea syndrome or any other respiratory system disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
8	<p><b>b) Cardio-vasculaire :</b> D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?  <b>Cardiovascular :</b> High blood pressure, arteritis, heart attack, rhythm disorder, angina, heart defect, heart disease, arteriopathy thrombosis or any other cardiovascular system disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish                  Votre tension artérielle actuelle : ..... (Systolique/Diastolique)                  Your current blood pressure (Systolic/Diastolic)</p>
	<p><b>c) Ophtalmologique / ORL :</b> D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?  <b>Ophthalmological / ENT :</b> Blindness (even one-sided), glaucoma, macular degeneration, deafness (even one-sided), tinnitus, Ménière's Disease, or any other ophthalmological / ENT disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish                  Pour les yeux, indiquez la correction (*) :                  For eyes, indicate the lens correction (*) :                  Droite / Right : ..... Gauche / Left : .....  <b>*Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.</b>  <b>Please attach a copy of the most recent prescription from your eye doctor.</b></p>

**ASSURÉ(E) 2 NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :**          
**POLICYHOLDER 2 LAST NAME** **FIRST NAME** **DATE OF BIRTH**

<p><b>d) Dermatologique :</b> D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?  <b>Dermatological :</b> Eczema, psoriasis, purpura, herpes, cysts, nevi or any other dermatological disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>e) Articulaire :</b> D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une méniscectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?  <b>Joint :</b> Herniated disc, low back pain, neck pain, sciatica, lumbago, meniscectomy, ligamentoplasty, osteoarthritis, polyarthritis, coxarthrosis, osteoporosis, lupus or any other bone or joint diseases or auto-immune disorders ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Localisation précise (exemple : épaule, genou) : .....                  Precise localisation (example : shoulder, knee)                  Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés :                  For the spinal column, please specify the affected segments  <input type="checkbox"/> Cervical / Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal / Dorsal  <input type="checkbox"/> Lombaire / Lumbar <input type="checkbox"/> Sacré / Sacrum                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>f) Digestive :</b> De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?  <b>Digestive :</b> Crohn's disease, gastric ulcer, polyps, gastro-oesophageal reflux, diverticula, hernia, liver disease, pancreas, gallbladder, oesophagus, stomach, intestine, colon or rectum or any other illness affecting the digestive system ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>g) Neuro-musculaire :</b> D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle épinière, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?  <b>Neuromuscular :</b> Epilepsy, myopathy, meningitis, multiple sclerosis, Parkinson's disease, dizziness, paralysis, Alzheimer's disease, neuropathy, spinal cord defect, stroke, transient ischemic attacks or any other disease affecting the nervous or muscular system ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>h) Cancer* :</b> D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'une maladie de la moelle osseuse, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ?  <b>Cancer* :</b> Leukaemia, Hodgkin's disease, bone marrow disease, lymphoma, benign and/or malignant tumour or any other cancerous disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>i) Endocrin-métabolique :</b> De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?  <b>Endocrine-metabolic :</b> Thyroid, pituitary gland, diabetes, high cholesterol level, triglycerides, uric acid, or any other disease affecting the endocrine or metabolic system ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>j) Urino-rénale :</b> Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal ?  <b>Urino-renal :</b> Urinary tract, renal colic, kidney failure, pyelonephritis, proteinuria, or any other urinary and renal system disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>k) Génitale :</b> D'endométriase, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou urogénitale ?  <b>Genital :</b> Endometriosis, prostatitis, adenoma, fibroids, or any other gynaecological or urogenital disease ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>
<p><b>l) Nerveuse :</b> De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de névrose, de burn out, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?  <b>Nervous system :</b> Depression, neurotic disorder, obsessive-compulsive disorder, hyperventilation syndrome, stress, anxiety, neurosis, burn-out, psychosis, fibromyalgia, eating disorders, suicide attempts or any other psychological or psychiatric disorders ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                  Yes No</p>	<p>Nom de la (des) maladie(s) : .....                  Name of the illness(es)                  Nature du traitement : .....                  Nature of treatment                  Début : ..... Fin : .....                  Start Finish</p>

\* Si vous avez été atteint de certaines pathologies, vous pouvez bénéficier, sous conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.

If you have been affected by certain pathologies, you can benefit, under conditions, from the right not to declare this previous health condition and therefore to answer NO to this question. To check whether you meet the required conditions, please consult the AERAS Information Document on the "right to be forgotten" enclosed with your application form.

**ASSURÉ(E) 2 NOM :** ..... **PRÉNOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :**          
**POLICYHOLDER 2 LAST NAME** **FIRST NAME** **DATE OF BIRTH**

<b>8</b>	<b>m) Autres Maladies* :</b> D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ? <b>Other illnesses* :</b> Hepatitis, malaria, anaemia, coagulation problems, or any other infectious, viral, parasitic or haematological disease ?	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	Nom de la (des) maladie(s) : ..... Name of the illness(es) Nature du traitement : ..... Nature of treatment Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Start Finish
<b>9</b>	<b>Dans les 6 prochains mois, avez-vous prévu un ou des séjours en milieu hospitalier ?</b> Will you be making one or more hospital visits in the next 6 months ?	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	Début / Start : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature de l'hospitalisation : ..... Nature of hospitalisation
<b>10</b>	Etes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ? Are you under the care of a specialist doctor (a positive excluding standard pregnancy care) or are you currently being assessed with a view to a diagnosis ?	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	La nature de(s) examen(s) : ..... Nature of examination(s)
<b>11</b>	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 (présence d'un ou plusieurs virus dans le sang) ?* Have you had a serological screening test relating in particular to the hepatitis B and C viruses or the human immunodeficiency virus (HIV) with a positive result (one or more viruses detected in the blood) ?*	<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif. You only need to answer "Yes" to this question if the result is positive.

\* Si vous avez été atteint de certaines pathologies, vous pouvez bénéficier, sous conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.

If you have been affected by certain pathologies, you can benefit, under conditions, from the right not to declare this previous health condition and therefore to answer NO to this question. To check whether you meet the required conditions, please consult the AERAS Information Document on the "right to be forgotten" enclosed with your application form.

Si vous avez répondu oui à l'une des questions, merci d'apporter les précisions demandées et de joindre les copies de votre dernier bilan de surveillance (bilan biologique, compte-rendu de radiographie, IRM, scanner, échographie, coloscopie...), les copies des comptes-rendus : opératoire(s), histologique(s), d'hospitalisation(s), les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

If you have answered yes to any of the questions, please provide the requested information and enclose copies of your latest follow-up assessment (biological assessment, radiography report, MRI, scan, ultrasound, colonoscopy etc.), copies of the reports : operation(s), histological(s), hospitalisation(s), copies of the reports from specialist consultations (visit(s) to a specialist(s)).

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 reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'information sur le « droit à l'oubli », joint à ma demande d'adhésion, avant de répondre aux questions ci-dessus.

En signant le présent questionnaire :

- je reconnais être informé(e) des traitements des données de santé me concernant réalisés par APRIL Santé Prévoyance et l'assureur ainsi que des droits dont je bénéficie (décrits dans la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui m'a été fournie lors de mon parcours d'adhésion au contrat d'assurance) ;
- je reconnais être informé(e) qu'à défaut de consentement au traitement de mes données de santé, le contrat ne pourra être ni souscrit ni exécuté ;
- je consens au traitement des données de santé me concernant par APRIL Santé Prévoyance et l'assureur aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du contrat incluant : l'étude de risque, la gestion des réclamations / contentieux et recours, la surveillance du risque, les études statistiques / actuarielles et la lutte contre la fraude, ainsi que par APRIL Santé Prévoyance dans le cadre de l'évaluation de la qualité lors de nos échanges téléphoniques.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 221-14 et L 221-15 du Code de la Mutualité et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

The conclusions of the Consultant Doctor may lead us to offer special terms and conditions of acceptance (e.g. surcharge, medical exclusion). If, in this event, you would like to obtain the medical information motivating this decision by confidential letter, please tick the box opposite.

I acknowledge that I have received and read the Information Document on the "right to be forgotten" enclosed with my application form, before answering the above questions.

By signing this questionnaire:

- I acknowledge I have been informed that APRIL Santé Prévoyance and the insurer will process my personal health data and of my data protection rights (described in the Information Notice on Personal Data Processing that I received during my insurance policy application procedure);
- I acknowledge I have been informed that if I do not consent to my personal health data being processed, the policy cannot be subscribed or executed;
- I consent to my personal health data being processed by APRIL Santé Prévoyance and the insurer for the purposes of signing, managing and executing the policy, including: risk assessment, management of claims/disputes and appeals, risk monitoring, statistical/actuarial research and anti-fraud practices, as well as by APRIL Santé Prévoyance as part of its quality assessment of our telephone conversations.

I certify that the above information is accurate and I acknowledge I have been informed that any concealment or false declaration will result in the application of the sanctions provided under articles L 221-14 and L 221-15 of Mutuality Code, including the policy being declared null and void in the event of any intentional misrepresentation.

Fait à / Signed in

le / on

La signature de l'Assuré 2  
Signature of Policyholder 2

X

**Cette déclaration est valable 6 mois à compter de sa signature.**  
**This declaration is valid for 6 months from its date of signature.**