

DEMANDE D'ADHÉSION

Assurance de Prêt Extenso GENERALI



- ⚠ 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 :**
- l'encours cumulé de l'ensemble de ses crédits assurés à la date d'effet du nouveau projet est **strictement supérieur à 200 000 euros** en incluant le montant assuré du nouvel emprunt, et/ou
 - l'emprunt se termine **au-delà de son 60^e anniversaire**.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Adresse actuelle de résidence ⁽¹⁾ :

Code Postal : Ville : Pays :

Email Assuré 1 ⁽²⁾ : Email Assuré 2 ⁽²⁾ :

Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 1 : Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 2 :

Adresse future de résidence :

Code Postal : Ville : Pays :

Date prévue de déménagement :

(1) Lieu d'habitation de plus de 6 mois par an.

(2) 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.

	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	
Etes-vous déjà assuré auprès de GENERALI au titre d'un contrat d'assurance individuelle en cas de décès ou d'assurance de prêt (en dehors des contrats souscrits auprès d'APRIL et des capitaux à assurer pour ce projet) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, montant total des capitaux actuellement assurés : Assuré 1 :€ Assuré 2 :€
Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années y compris des cigarettes électroniques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pratiquez-vous un sport à titre amateur de la liste ci-dessous ? <i>Parapente, ultra-léger motorisé (ULM), planeur, deltaplane, parachutisme, bobsleigh, skysurf, wingsuit, saut à l'élastique, kitesurf, rafting, canyoning, plongée, ski hors piste sans moniteur diplômé, ski acrobatique, alpinisme sans guide breveté, escalade, rugby, spéléologie, sports de combat (toutes formes de boxe, catch, free fight, full contact, pancrace, karaté), sports ou activités nécessitant l'usage d'engins à moteur</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, le(s)quel(s) : Assuré 1 : Assuré 2 :
Si oui, souhaitez-vous être couvert ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....
Etes-vous une Personne Politiquement Exposée ⁽³⁾ ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Etes-vous membre de la famille ⁽⁴⁾ d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits ⁽⁵⁾ avec une Personne Politiquement Exposée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

(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.

(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.

(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.

Caractéristique(s) de l'Assurance : Date de début de l'assurance (date de signature de l'offre de prêt) ⁽¹⁾ :

(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.

Pour les prêts	Prêt(s) n°	Prêt(s) n°
Organisme prêteur Raison sociale / Nom
Adresse Code postal et ville	<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	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Email

Si le certificat banque doit être envoyé à une autre adresse (agence ou siège social), précisez :

Adresse	.....	.....
Code Postal et Ville	<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	.....	.....
Téléphone	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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.

Objet du financement : Résidence principale Résidence secondaire Investissement locatif Prêt professionnel
 Autres :

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Taux d'intérêt	TAE sans assurance ⁽³⁾	Frais de dossier de banque ⁽³⁾
1 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre ⁽²⁾ :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable % €
2 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre ⁽²⁾ :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable % €
3 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre ⁽²⁾ :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> 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.

(3) Compléter le TAE sans assurance ou les frais de dossier de banque par prêt. Si les frais de dossier de banque sont exprimés pour l'ensemble des prêts, nous vous invitons à les reporter sur le prêt dont le montant à assurer est le plus élevé.

Pour les prêts à paliers	Prêt 1		Prêt 2		Prêt 3	
	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers
1 ^{er} palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
2 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
3 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
4 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois

Vos garanties et vos cotisations		ASSURÉ 1			ASSURÉ 2		
		Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
Décès/PTIA (DC/IA) (Garantie obligatoire)	Quotité à assurer : % % % % % %
	Quotité à assurer : % % % % % %
ITT/IPT (AT/IT/IK)	Franchise :	⁰³ <input type="checkbox"/> 30 j	⁰³ <input type="checkbox"/> 30 j	⁰³ <input type="checkbox"/> 30 j	⁰³ <input type="checkbox"/> 30 j	⁰³ <input type="checkbox"/> 30 j	⁰³ <input type="checkbox"/> 30 j
		⁰² <input type="checkbox"/> 60 j	⁰² <input type="checkbox"/> 60 j	⁰² <input type="checkbox"/> 60 j	⁰² <input type="checkbox"/> 60 j	⁰² <input type="checkbox"/> 60 j	⁰² <input type="checkbox"/> 60 j
		⁰¹ <input type="checkbox"/> 90 j	⁰¹ <input type="checkbox"/> 90 j	⁰¹ <input type="checkbox"/> 90 j	⁰¹ <input type="checkbox"/> 90 j	⁰¹ <input type="checkbox"/> 90 j	⁰¹ <input type="checkbox"/> 90 j
Mode de versement des prestations IPT		<input type="checkbox"/> IPT en Rente <input type="checkbox"/> IPT en Capital			<input type="checkbox"/> IPT en Rente <input type="checkbox"/> IPT en Capital		
IPP (IL)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Paiement par chèque	Périodicité : <input type="checkbox"/> Semestrielle* <input type="checkbox"/> Annuelle * 16 € minimum
Paiement par prélèvement automatique	Périodicité : <input type="checkbox"/> Mensuelle* <input type="checkbox"/> Trimestrielle* <input type="checkbox"/> Semestrielle* <input type="checkbox"/> Annuelle * 16 € minimum

Indiquez le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois :

Cotisation à l'association GPMA : 7€/ an par assuré (cotisation qui n'est pas due si l'assuré est déjà cotisant à l'association).

Frais de dossier d'APRIL Santé Prévoyance : 60 € (Ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant chez APRIL Santé Prévoyance)

Je demande mon adhésion à l'association LE GROUPEMENT DE PREVOYANCE MALADIE ACCIDENT (GPMA) et à la convention souscrite par elle auprès de GENERALI Vie : Assurance de Prêt Extenso GENERALI n°7345. L'organisme assureur de la convention est GENERALI VIE, SA au capital de 336 872 976 euros - RCS Paris 602 062 481 - Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit référencé 7345AIPID0920.

Les dispositions de de la convention, définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, figurent dans la Notice valant conditions générales référencée 7345AN0920 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 des statuts de l'association GPMA joints à la Notice, lesquels sont librement consultables sur www.gpma-asso.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.

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 L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Fait à

le //

<p>La signature de l'Adhérent (si différent de l'Assuré 1) précédée de la mention "lu et approuvé"</p> <p>X</p>	<p>La signature de l'Assuré 1 précédée de la mention "lu et approuvé"</p> <p>X</p>	<p>La signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"</p> <p>X</p>	<p>Cachet et visa de l'assureur-conseil</p> <p>X</p>
---	--	--	--

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence
Unique de
Mandat :
(Ne pas compléter)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter 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.

Veillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom* : _____

Votre prénom* : _____

Adresse* : _____

Code Postal* : Ville* : _____

Pays* : _____

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

FR

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

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

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR85 ASP 423146

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

69439 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : Paiement récurrent
 Paiement ponctuel

Signé à* : _____

Date* : / /

Signature(s)* : _____



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Note : 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.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

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

Les formalités médicales à accomplir

CAPITAL À ASSURER	Jusqu'à 45 ans	De 46 ans à 65 ans	De 66 ans à 80 ans
de 18 000 €* à 200 000 € *7 500 € si plus de 54 ans	Questionnaire de santé par internet		
de 200 001 € à 300 000 €	Questionnaire de santé par internet		Questionnaire de santé par internet + Bilan Sanguin 0
de 300 001 € à 400 000 €	Questionnaire de santé par internet	Questionnaire de santé par internet + Bilan Sanguin 0 + dosage cotinine urinaire*	Questionnaire de santé papier + rapport médical + Bilan Sanguin 0 + dosage cotinine urinaire*
de 400 001 € à 500 000 €	Questionnaire de santé papier + rapport médical + Bilan Sanguin 0 + dosage cotinine urinaire*		
de 500 001 € à 1 000 000 €	Questionnaire de santé papier + rapport médical + Bilan Sanguin 1 + dosage cotinine urinaire*	Questionnaire de santé papier + rapport médical + Bilan Sanguin 1 + ECG + dosage cotinine urinaire*	
de 1 000 001 € à 2 000 000 €	Questionnaire de santé papier + rapport médical + Bilan Sanguin 1 + Examens d'urines + ECG		

* Dosage à pratiquer pour les non-fumeurs

- **Rapport médical** : Rapport médical APRIL complété par un médecin, comprenant analyse d'urines par bandelettes réactives
- **Examens d'urines** : Sucre, Albumine, Leucocytes, Sang, Cytobactériologie des urines
- **Bilan Sanguin 0** : Numération Formule Sanguine, Numération plaquettaires, Vitesse de sédimentation, Bilan lipidique : Cholestérol total, H.D.L, L.D.L, Rapport Cholestérol total / H.D.L, Triglycérides et glycémie à jeun, Créatinine, Bilan enzymatique hépatique : ALAT (SGPT), ASAT (SGOT), Gamma GT. Pour les hommes de + de 50 ans : dosage de l'Antigène Spécifique de la prostate
- **Bilan Sanguin 1** : Numération Formule Sanguine, Numération plaquettaires, Vitesse de sédimentation, Bilan lipidique : Cholestérol total, H.D.L, L.D.L, Rapport Cholestérol total / H.D.L, Triglycérides et glycémie à jeun, Créatinine, Bilan enzymatique hépatique : ALAT (SGPT), ASAT (SGOT), Gamma GT, dosage de la protéine C réactive, acide urique, phosphatase alcaline, Marqueurs de l'hépatite B (Ag Hbs), de l'Hépatite C (AC anti-VHC), sérologie H.I.V. 1 et 2, Hémoglobine glyquée (HbA1c). Pour les hommes de + de 50 ans : dosage de l'Antigène Spécifique de la prostate.
- **ECG** : Electrocardiogramme de repos avec compte rendu du cardiologue (avec tracés et conclusions du cardiologue)

● **À NOTER** : Les examens médicaux ont une durée de validité de 6 mois

Où réaliser vos formalités médicales ?

Nos partenaires vous permettent de réaliser rapidement et simplement vos formalités médicales sans avance de frais :

- **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.
- **A.R.M. (Analyse Risque Médical)** est présent dans plus de 297 villes en France métropolitaine et dans les DROM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion). Pour prendre rendez-vous :
N° : 09 70 72 73 73 (coût d'un appel local) du lundi au vendredi de 8h à 18h et le samedi de 8h30 à 12h30
ou sur le site www.armfrance.com/prendre-rdv

Remboursement des frais médicaux

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 votre RIB.

En revanche, les frais resteront à la charge de l'assuré dans les cas suivants :

- les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Santé Prévoyance
- l'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe

Risques spécifiques

SPORTS

Une étude complémentaire est nécessaire si vous pratiquez à titre amateur un ou plusieurs sports ou activités suivants : parapente, ULM, planeur, deltaplane, parachutisme, bobsleigh, skisurf, wingsuit, saut à l'élastique, kitesurf, rafting, canyoning, plongée, ski hors piste sans moniteur diplômé, ski acrobatique, alpinisme sans guide breveté, escalade, spéléologie, rugby, sports de combat (toutes formes de boxe, catch, free fight, full contact, pancrace, karaté), sports ou activités nécessitant l'usage d'engins à moteur. Pour accélérer le traitement de votre dossier, renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil pour compléter le questionnaire relatif à votre pratique.

PROFESSIONS À RISQUE

Une étude complémentaire est nécessaire si vous exercez une des professions suivantes: intermittents du spectacle (en fonction de la profession), les sportifs professionnels, les journalistes, caméraman, photographes, activités avec utilisation de produits dangereux, activités professionnelles maritimes et personnel naviguant. Pour accélérer le traitement de votre dossier, renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil pour compléter le questionnaire relatif à votre profession.

Comment constituer votre dossier ?

Envoyer votre dossier complet à APRIL Santé Prévoyance composé de :

- La demande d'adhésion
- Le Questionnaire de Santé si vous déclarez vos éléments médicaux par formulaire papier
- Le mandat de prélèvement SEPA et votre RIB
- Le plan de financement ou une copie du tableau d'amortissement de l'offre de prêt pour les dossiers de reprise

Et après l'adhésion ?

Suite à l'enregistrement de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'adhérent comprenant :

- votre certificat d'adhésion (le détail de vos garanties)
- votre échéancier de cotisations (vos cotisations sur toute la durée du prêt)
- le guide de l'assuré (informations pratiques)

Votre certificat banque * est transmis directement à votre prêteur par courrier ou e-mail.

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

À NOTER :

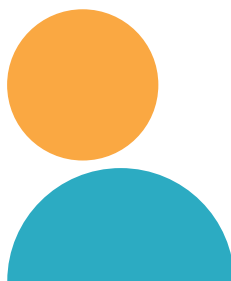
- le capital décès ou les échéances de votre prêt en cas d'incapacité ou d'invalidité (si cette garantie a été souscrite) sont remboursés au prêteur
- le prêteur devient bénéficiaire acceptant de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt
- toute modification du contrat doit se faire avec l'accord du prêteur car il est bénéficiaire acceptant
- les conditions générales et la Lettre d'Information sur vos Données Personnelles sont disponibles dans votre Espace Assuré



Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - 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)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

Produit conçu et assuré par GENERALI VIE, SA au capital de 336 872 976 euros
-RCS Paris 602 062 481 - Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Document d'information AERAS

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)

Octobre 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 soixantième 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 :

- 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 ;
- 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 :
 - 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 ;
 - 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.

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

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

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

- 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 ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur.

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 :

- la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance ;
- **et** qu'il n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

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.

Vos droits : si vous répondez aux 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.

¹ **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.

² **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.

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

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

- les contrats d’assurance couvrent les prêts professionnels pour l’acquisition de locaux et/ou de matériels, les prêts immobiliers ;
- 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 ;
- le terme des contrats doit intervenir avant le 71^{ème} anniversaire de l’emprunteur.

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

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

a) Accès à l’assurance emprunteur dans des conditions standard (liste I) :

- 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 ;
- Elle précise la date de référence à partir de laquelle ces délais courent : fin du *protocole thérapeutique*³ (pathologies cancéreuses, hépatite virale C) ou date de référence adaptée à chaque type de pathologie.
- Pour ces pathologies, l’emprunteur est informé par l’assureur de l’acceptation aux conditions standard.

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.

b) Accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard (liste 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 ;
- 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.

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.

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.

3 Évolution du « droit à l’oubli » et du contenu de la grille de référence AERAS

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.

³*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.*

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

4. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail même partiel ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Depuis quelle date ? Pour quel motif ?									
5. Êtes-vous actuellement sous traitement médical (y compris pour un traitement préventif) ou sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Depuis quelle date ? Pour quel motif ?									
6. Devez-vous être hospitalisé ou réaliser des examens complémentaires ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	À quelle date ? Pour quel motif ?									
7. Avez-vous au cours des 5 dernières années, interrompu votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives ou plus de 90 jours cumulés sur une année ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	À quelle date ? Pour quel motif ? Durée ?									
8. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale ou un examen spécifique (en dehors des végétations, dents de sagesse, déviation de la cloison nasale, appendicite aiguë ou IVG). Si oui, précisez.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	À quelle date ? Pour quel motif ? Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques Durée ?									
9. Au cours des 10 dernières années, avez-vous réalisé des examens médicaux ayant révélé des anomalies ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lesquels ? À quelle date ?									
10. Avez-vous eu un résultat positif pour 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) ? Vous ne devez pas déclarer l'hépatite C si votre protocole thérapeutique est achevé depuis plus de 5 ans.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	À quelle date ? Lequel ?									
11. En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, taille..... cm Poids..... kg Pression artérielle si connue /									
Taille en centimètres	140 à 150	151 à 155	156 à 160	161 à 165	166 à 170	171 à 175	176 à 180	181 à 185	186 à 189	190 à 195	+ de 196
Poids en kg	40 à 63	43 à 74	45 à 79	48 à 84	51 à 89	54 à 95	57 à 100	60 à 106	63 à 112	67 à 117	78 à 124

DÉCLARATIONS

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur l'Assureur sur le risque à assurer. J'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L 113-8 du Code des assurances). Je déclare faire miennes toutes ces réponses, qu'elles aient été renseignées par moi-même ou remplies sur la base de mes propres déclarations. Si ces réponses ont été adresses ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou avoir autorisé expressément et sans contrainte la personne ayant effectué cette saisie. Je déclare être pleinement informé que j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire de santé sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte. Je reconnais avoir pris connaissance du Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli » annexé à ce questionnaire.

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 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Fait à

le

La signature de l'Assuré 1

Ce questionnaire de sante est valable 6 mois a compter de la date de signature du present document.

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

4. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail même partiel ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Depuis quelle date ? Pour quel motif ?									
5. Êtes-vous actuellement sous traitement médical (y compris pour un traitement préventif) ou sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Depuis quelle date ? Pour quel motif ?									
6. Devez-vous être hospitalisé ou réaliser des examens complémentaires ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	À quelle date ? Pour quel motif ?									
7. Avez-vous au cours des 5 dernières années, interrompu votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives ou plus de 90 jours cumulés sur une année ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	À quelle date ? Pour quel motif ? Durée ?									
8. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale ou un examen spécifique (en dehors des végétations, dents de sagesse, déviation de la cloison nasale, appendicite aiguë ou IVG). Si oui, précisez.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	À quelle date ? Pour quel motif ? Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques Durée ?									
9. Au cours des 10 dernières années, avez-vous réalisé des examens médicaux ayant révélé des anomalies ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lesquels ? À quelle date ?									
10. Avez-vous eu un résultat positif pour 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) ? Vous ne devez pas déclarer l'hépatite C si votre protocole thérapeutique est achevé depuis plus de 5 ans.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	À quelle date ? Lequel ?									
11. En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, taille..... cm Poids..... kg Pression artérielle si connue /									
Taille en centimètres	140 à 150	151 à 155	156 à 160	161 à 165	166 à 170	171 à 175	176 à 180	181 à 185	186 à 189	190 à 195	+ de 196
Poids en kg	40 à 63	43 à 74	45 à 79	48 à 84	51 à 89	54 à 95	57 à 100	60 à 106	63 à 112	67 à 117	78 à 124

DÉCLARATIONS

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur l'Assureur sur le risque à assurer. J'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L 113-8 du Code des assurances). Je déclare faire miennes toutes ces réponses, qu'elles aient été renseignées par moi-même ou remplies sur la base de mes propres déclarations. Si ces réponses ont été adresses ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou avoir autorisé expressément et sans contrainte la personne ayant effectué cette saisie. Je déclare être pleinement informé que j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire de santé sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte. Je reconnais avoir pris connaissance du Document d'information AERAS sur le « droit à l'oubli » annexé à ce questionnaire.

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 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Fait à

le

La signature de l'Assuré 2

Ce questionnaire de sante est valable 6 mois a compter de la date de signature du present document.