


DEMANDE D'ADHÉSION

APRIL

Assurance de Prêt Liberté +

 Irrévocabilité des garanties
Maintien du tarif



-  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^e anniversaire**.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



DEMANDE D'ADHÉSION APRIL ASSURANCE DE PRÊT LIBERTÉ +

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° adhérent : N° de l'assureur-conseil :

Réf. produit : 4010 5015 5010 3030 2020 1515 1212 0808

Fax/Email transmis le : / /

MODE DE DÉCLARATION CHOISI

- Déclaration par papier⁽¹⁾
 Déclaration par téléphone⁽¹⁾ (M32AD2)
 Résiliation infra-annuelle

MES COORDONNÉES

Adhérent (si différent de l'Assuré 1) : M. Mme Raison sociale / Nom / Prénom :

Adresse : Code Postal :

Ville : Pays :

Pour les prêts professionnels, l'adhérent est obligatoirement la société (SARL) ou l'entrepreneur individuel (profession libérale, gérant, artisan, commerçant...).

MES INFORMATIONS

ASSURÉ 1 : M. Mme

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Département de naissance :

Commune de naissance :

Pays de naissance :

Nationalité : Française Autre :

Statut professionnel :

- Salarié Cadre/ Ingénieur/ Assimilé-cadre
 Salarié non cadre (hors employé de bureau)/ Agent de maîtrise
 Employé de bureau/ Commercial sédentaire
 Dirigeant de société/ Gérant/
Chef d'entreprise (hors agricole)
 Profession libérale (hors médical/ paramédical)
 Médecin (ou interne) généraliste/ spécialiste
 Autres métiers médicaux et paramédicaux
 Intermittent
 Fonctionnaire classe A
 Fonctionnaire hors classe A
 Artisan/ Métiers du BTP/ Auto-entrepreneur
 Commerçant
 Professions du transport/ Ouvrier/ Technicien
 Professions agricoles
 Retraité : Cadre/ Assimilé cadre/ Fonctionnaire classe A/
Chef d'Entreprise/ Profession libérale
 Autres retraités
 Etudiant/ Sans profession/ Saisonnier

Profession exacte :

Régime obligatoire : Sécurité Sociale TNS
 Agricole Alsace/Moselle

Vous déplacez-vous à l'étranger pour raisons professionnelles hors UE, EEE, Royaume-Uni, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande ? Oui Non

Si oui, pays de destination :

Durée du(des) séjour(s) :

Fréquence dans l'année :

Avez-vous des crédits en cours déjà assurés (y compris auprès d'APRIL) en dehors de ce nouveau projet ? Oui Non

Si oui, montant total des encours assurés⁽²⁾ :€

MES INFORMATIONS

ASSURÉ 2 : M. Mme

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Département de naissance :

Commune de naissance :

Pays de naissance :

Nationalité : Française Autre :

Statut professionnel :

- Salarié Cadre/ Ingénieur/ Assimilé-cadre
 Salarié non cadre (hors employé de bureau)/ Agent de maîtrise
 Employé de bureau/ Commercial sédentaire
 Dirigeant de société/ Gérant/
Chef d'entreprise (hors agricole)
 Profession libérale (hors médical/ paramédical)
 Médecin (ou interne) généraliste/ spécialiste
 Autres métiers médicaux et paramédicaux
 Intermittent
 Fonctionnaire classe A
 Fonctionnaire hors classe A
 Artisan/ Métiers du BTP/ Auto-entrepreneur
 Commerçant
 Professions du transport/ Ouvrier/ Technicien
 Professions agricoles
 Retraité : Cadre/ Assimilé cadre/ Fonctionnaire classe A/
Chef d'Entreprise/ Profession libérale
 Autres retraités
 Etudiant/ Sans profession/ Saisonnier

Profession exacte :

Régime obligatoire : Sécurité Sociale TNS
 Agricole Alsace/Moselle

Vous déplacez-vous à l'étranger pour raisons professionnelles hors UE, EEE, Royaume-Uni, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande ? Oui Non

Si oui, pays de destination :

Durée du(des) séjour(s) :

Fréquence dans l'année :

Avez-vous des crédits en cours déjà assurés (y compris auprès d'APRIL) en dehors de ce nouveau projet ? Oui Non

Si oui, montant total des encours assurés⁽²⁾ :€

(1) Un seul mode de déclaration médicale possible pour les deux assurés.

(2) 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.

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.

MES INFORMATIONS

	Assuré 1		Assuré 2	
Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-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.

	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 aérien (à voile, aile ou à moteur) et/ou nécessitant un véhicule terrestre à moteur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, le(s)quel(s) :	.....	.....
Si oui, souhaitez-vous être couvert ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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
Email

Adresse d'envoi du dossier de substitution pour les dossiers de reprise :

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	.....	.....

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
 Travaux résidence principale Travaux résidence secondaire Prêt à la consommation
 Autres :

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Taux d'intérêt
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.

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 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"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j	03 <input type="checkbox"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j	03 <input type="checkbox"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j	03 <input type="checkbox"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j	03 <input type="checkbox"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j	03 <input type="checkbox"/> 30j 02 <input type="checkbox"/> 60j
		01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j
IPT Seule (IT/IK)	Quotité à assurer : % % % % % %
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		
Option Confort + (AT/IT/IK - niveau 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPP (IL)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité Spéciale Professions Médicales (IP)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode de calcul de la cotisation :		<input type="checkbox"/> Cotisation constante <input type="checkbox"/> Cotisation variable					

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 : <input type="text"/> <input type="text"/>	
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).	
Frais de dossier : 60 € (Ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant chez APRIL Santé Prévoyance)	

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et à la(aux) convention(s) souscrite(s) par elle auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP) : APRIL ASSURANCE DE PRET LIBERTE + cotisation variable MNCA2020P2, APRIL ASSURANCE DE PRET LIBERTE + cotisation constante MNCA2020P3 et APRIL ASSURANCE DE PRET LIBERTE + AERAS MNCA2020P4. MNCAP est une mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 – Contrôlée 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 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.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, des Documents d'Information Produit référencés LIBV210121DIP et LIBC210121DIP.

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 LIBV210121 et LIBC210121 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 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 d'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>

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.

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

N° de client :

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**

Titulaire du compte* :

Nom ou raison sociale* :

Prénom* :

Adresse* :

Code Postal* : Ville* :

Pays* :

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

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 – APRIL Santé Prévoyance**

I.C.S. : FR85ASP423146

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

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

1. Vous optez pour la déclaration par papier

Capital Décès	Tranche d'âge			
	Jusqu'à 45 ans inclus	De 46 ans à 55 ans	De 56 ans à 65 ans	De 66 ans à 85 ans
Entre 18 000 €* et 150 000 € *7 500 € pour les plus de 54 ans	Déclaration d'état de santé		Questionnaire de santé	
Entre 150 001 € et 250 000 €			Questionnaire de santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾	
Entre 250 001 € et 400 000 €				
Entre 400 001 € et 500 000 €	Questionnaire de santé	Questionnaire de Santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾ + Rapport cardiovasculaire		
Entre 500 001 € et 750 000 €	Questionnaire de santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾			
Entre 750 001 € et 1 000 000 €				
Entre 1 000 001 € et 1 600 000 €				
Entre 1 600 001 € et 2 000 000 €	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾ + Rapport cardiovasculaire + Echocardiographie à partir de 66 ans			
Entre 2 000 001 € et 5 000 000 €	Questionnaire de Santé + Rapport Médical + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾ + Rapport cardiovasculaire + Echocardiographie à partir de 66 ans + Formalités financières			

2. Vous optez pour la déclaration par téléphone (Télé déclaration)

Capital Décès	Tranche d'âge					
	Jusqu'à 45 ans inclus	De 46 ans à 55 ans	De 56 ans à 65 ans	De 66 ans à 80 ans		
Entre 18 000 €* et 150 000 € *7 500 € pour les plus de 54 ans	Non disponible					
Entre 150 001 € et 400 000 €					Télé déclaration + Profil sanguin	
Entre 400 001 € et 500 000 €					Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines + Rapport cardiovasculaire	
Entre 500 001 € et 750 000 €	Télé déclaration		Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾			
Entre 750 001 € et 1 000 000 €	Télé déclaration	Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾		Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾ + Rapport cardiovasculaire		
Entre 1 000 001 € et 1 600 000 €	Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾		Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾ + Rapport cardiovasculaire			
Entre 1 600 001 € et 2 000 000 €	Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾ + Rapport cardiovasculaire + Echocardiographie à partir de 66 ans					
Entre 2 000 001 € et 5 000 000 €	Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines + Test de cotinine urinaire ⁽¹⁾ + Rapport Cardiovasculaire + Echocardiographie à partir de 66 ans + Formalités financières					

● **Profil sanguin** : Bilan lipidique : Cholestérol total, H.D.L, LDL, Rapport Cholestérol total / H.D.L, Triglycérides + Glycémie à jeun + 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).

● **Chimie des urines** : Dosages de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines.

● ⁽¹⁾**Test de cotinine urinaire pour les non-fumeurs.**

● **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 et justificatifs financiers en fonction de la nature de l'opération Financière :

● **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) ;

● **en cas de prêt professionnel** : Une copie du (des) projet(s) d'actes de prêt(s). Une attestation de la banque justifiant de la couverture souhaitée pour l'opération. Les liasses fiscales des 2 dernières années de la société « Emprunteur »⁽²⁾

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).

⁽²⁾ 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)

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.

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.

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

Les sports aériens (à voile, aile ou à moteur) et/ou nécessitant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur peuvent être couverts sur étude.

PROFESSIONS À RISQUES

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.

COMMENT CONSTITUER VOTRE DOSSIER ?

Envoyer votre dossier complet composé de :

- La demande d'adhésion
- La Déclaration d'État de Santé ou 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 un dossier 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.

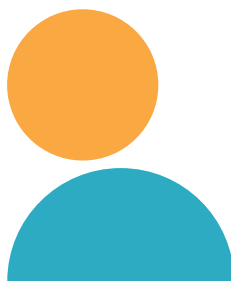
À NOTER :

- selon les garanties souscrites, le capital ou les échéances de votre prêt 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 géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par MNCAP
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.



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.

 **april SANTÉ PRÉVOYANCE**

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
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.



 **april**

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE





DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

APRIL ASSURANCE DE PRÊT LIBERTÉ +

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 €**

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.**

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

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

1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
2	a) Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
	b) Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
3	Avez-vous eu un accident au cours des 10 dernières années ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
4	a) Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années , sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
	b) Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 5 dernières années , 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
5	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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
	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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
	c) Devez-vous être hospitalisé(e) et/ou subir une intervention chirurgicale dans les 6 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
6	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) ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
7	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
	Taille (en cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195		196 - 200
	Poids (en kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113	65 - 120	70 - 125

* 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.

- Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions, merci de renseigner et d'adresser uniquement le questionnaire de santé.
- Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, vous n'avez pas besoin de remplir le questionnaire de santé.

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.

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 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.

Fait à

le

La signature de l'Assuré 1

Cette déclaration est valable 6 mois à compter de sa signature.





DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

APRIL ASSURANCE DE PRÊT LIBERTÉ +

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 €**

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.**

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

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

1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?*											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
2	a) Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	b) Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
3	Avez-vous eu un accident au cours des 10 dernières années ayant entraîné des séquelles ?											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
4	a) Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années , sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	b) Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 5 dernières années , 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 ?											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
5	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 ?											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	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 ?											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
	c) Devez-vous être hospitalisé(e) et/ou subir une intervention chirurgicale dans les 6 prochains mois ?											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
6	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) ?*											<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
7	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	
	Taille (en cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190	191 - 195			196 - 200
	Poids (en kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113	65 - 120			70 - 125

* 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.

- Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions, merci de renseigner et d'adresser uniquement le questionnaire de santé.
- Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, vous n'avez pas besoin de remplir le questionnaire de santé.

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.

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 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.

Fait à

le

La signature de l'Assuré 2

Cette déclaration est valable 6 mois à compter de sa signature.



ASSURÉ 1

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

APRIL

Assurance de Prêt Liberté +



À compléter uniquement en cas de déclaration par papier.

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.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ APRIL ASSURANCE DE PRÊT LIBERTÉ +

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.**

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

QUESTIONS RELATIVES À VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

1	a) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle inférieure ou égale à 80 ? (ex. 175 cm - 83 kg = 92, je réponds « Non » 175cm - 99kg = 76, je réponds « Oui »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui : taille en cm et poids : en kg
	b) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle supérieure ou égale à 120 ? (ex. 175 cm - 90 kg = 85, je réponds « Non » 175 cm - 50 kg = 125, je réponds « Oui »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2	a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux ou quelle catégorie : Quel est l'organisme qui vous verse la prestation :
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux :
4	Avez-vous eu un accident au cours des 10 dernières années ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : *Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident
5	a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? <i>Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? <i>Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
6	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 (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
7	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), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés

* 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.

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

Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :		
8	a) Respiratoire : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	b) Cardio-vasculaire : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Votre tension artérielle actuelle : (Systolique/Diastolique)
	c) Ophtalmologique / ORL : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : Gauche : *Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
	d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	e) Articulaires : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	f) Digestive : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	g) Neuro-musculaire : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	h) Cancer* : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	i) Endocrino-métabolique : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	k) Génitale : D'endométriome, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	l) Nerveuse : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	m) Autres Maladies* : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous prévu un ou des séjours en milieu hospitalier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 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"/> Nature de l'hospitalisation :	
10 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La nature de(s) examen(s) :	
11 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) ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.	

* 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.

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)).

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 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.

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.

Fait à

le

La signature de l'Assuré 1



Cette déclaration est valable 6 mois à compter de sa signature.

APRIL

Assurance de Prêt Liberté +



À compléter uniquement en cas de déclaration par papier.

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.





QUESTIONNAIRE DE SANTÉ APRIL ASSURANCE DE PRÊT LIBERTÉ +

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.**

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

QUESTIONS RELATIVES À VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

1	a) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle inférieure ou égale à 80 ? (ex. 175 cm - 83 kg = 92, je réponds « Non » 175cm - 99kg = 76, je réponds « Oui »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui : taille en cm et poids : en kg
	b) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle supérieure ou égale à 120 ? (ex. 175 cm - 90 kg = 85, je réponds « Non » 175 cm - 50 kg = 125, je réponds « Oui »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2	a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux ou quelle catégorie : Quel est l'organisme qui vous verse la prestation :
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux :
4	Avez-vous eu un accident au cours des 10 dernières années ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : *Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident
5	a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? <i>Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? <i>Dans le terme traitement médical, on entend : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
6	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 (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
7	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), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés

* 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.

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

Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :			
8	a) Respiratoire : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
	b) Cardio-vasculaire : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/> Votre tension artérielle actuelle : (Systolique/Diastolique)
	c) Ophtalmologique / ORL : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/> Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : Gauche : *Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
	d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
	e) Articulaires : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré 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"/> Fin : <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"/>
	f) Digestive : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
	g) Neuro-musculaire : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
	h) Cancer* : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
	i) Endocrino-métabolique : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
	j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
	k) Génitale : D'endométriome, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou urogénitale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
	l) Nerveuse : 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
	m) Autres Maladies* : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : 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"/> Fin : <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"/>
9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous prévu un ou des séjours en milieu hospitalier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	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"/> Nature de l'hospitalisation :	
10 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La nature de(s) examen(s) :	
11 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) ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.	

* 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.

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)).

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 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.

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.

Fait à

le

La signature de l'Assuré 2



Cette déclaration est valable 6 mois à compter de sa signature.