



PRT 0101

Objet du financement : Résidence principale Prêt professionnel Prêt à la consommation Autres

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Date de déblocage des fonds	Taux d'intérêt
1 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre .....	..... mois dont mois de différé% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
2 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre .....	..... mois dont mois de différé% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
3 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre .....	..... mois dont mois de différé% <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable

Pour les prêts de type "autre" (en particulier : prêt à débloques successifs, à paliers, à intérêts capitalisés, à mensualités non constantes, modulable, Europlan, crédit bail...), merci de fournir une copie du tableau d'amortissement ou une copie de l'offre de prêt.

Je fais d'autres emprunts, je remplis la fiche "prêts supplémentaires"

VOS GARANTIES ET VOS COTISATIONS	ASSURÉ 1			ASSURÉ 2		
	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
Qualité de l'assuré	<input type="checkbox"/> Emprunteur <input type="checkbox"/> Caution*	<input type="checkbox"/> Emprunteur <input type="checkbox"/> Caution*	<input type="checkbox"/> Emprunteur <input type="checkbox"/> Caution*	<input type="checkbox"/> Emprunteur <input type="checkbox"/> Caution*	<input type="checkbox"/> Emprunteur <input type="checkbox"/> Caution*	<input type="checkbox"/> Emprunteur <input type="checkbox"/> Caution*
Décès/PTIA (DC)⁽¹⁾ (Garantie obligatoire) % % % % % %
ITT/IPT (AT)⁽²⁾⁽³⁾ % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	..... % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	..... % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	..... % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	..... % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	..... % 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j
IPP (IL)⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Option Confort (A1)⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Option Confort Plus (A2)⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Invalité Spéciale Professions Médicales (IP)⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Garantie Chômage(CH)⁽⁶⁾ (Annexe à joindre)*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée⁽⁷⁾ € TTC	..... € TTC	..... € TTC	..... € TTC	..... € TTC	..... € TTC

*Attention : Pour adhérer à la **Garantie Chômage**, l'attestation située en annexe doit être signée et jointe à l'envoi
 Si vous êtes **caution**, complétez la clause bénéficiaire en annexe

Garantie Revente⁽⁸⁾

Niveau 1 (10% du bien dans la limite de 15 000 €) Niveau 2 (20% du bien dans la limite de 30 000 €)

Adresse du bien :

Montant de la cotisation : € TTC

(1) Garantie impossible pour les personnes de plus de 60 ans, ayant la qualité de caution. (2) Option ITT/IPT impossible si le différé d'amortissement total est supérieur à 36 mois ou si prêt relais avec différé total, si résidence hors de France continentale sauf Martinique/Réunion/Guadeloupe/Guyane. (3) Pour les DROM et les personnes sans profession, seules les franchises 90 et 180 jours sont possibles. (4) Garantie possible si ITT/IPT souscrite et avec un taux de couverture identique. (5) Taux de couverture identique à la garantie Décès/PTIA. (6) Garantie possible si ITT/IPT souscrite et uniquement pour les prêts amortissables à échéance constante avec différé inférieur ou égal à 36 mois. (7) Sous réserve d'acceptation par APRIL Assurances. (8) Souscription pour l'ensemble des prêts pour tous les assurés.

VOTRE PAIEMENT (Joindre obligatoirement l'autorisation de prélèvement en annexe)

Paiement par prélèvement automatique Périodicité : Mensuelle* Trimestrielle* Semestrielle* Annuelle *16 € minimum

Frais d'échéance : 2,29 € par échéance Droit d'adhésion : 20 € (Ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances)

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

VOTRE DÉCLARATION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'AXERIA Prévoyance pour les garanties Assurance de prêt Préférence et d'ACE European Group Limited pour les garanties Chômage et Revente. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant notice d'information, référencées PRT 09-06/09, pour les garanties d'Assurance de Prêt Préférence, GCH 09-06/09 pour la garantie Chômage, REV 09-06/09 pour la garantie Revente, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Les conditions générales de la Garantie Assistance référencées AA 09-07/09 mise à ma disposition par APRIL Assurances sont communiquées dans mon dossier d'adhésion. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03. Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un enregistrement pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de 2 mois.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur de l'Association des Assurés d'APRIL.

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

Fait à : Date :

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



Questionnaire de santé

N° adhérent

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

Assuré(e) 1 Nom :		Prénom :		Date de Naissance :	
<p>Je déclare être informé(e) que les personnes atteintes d'une des maladies ou affections suivantes : diabète insulino dépendant, sclérose en plaques, cancer de moins de 5 ans, transplantation d'organes, hémophilie, maladie génétique, que les personnes ayant subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B ou C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif, ne sont pas couvertes par l'Assurance de Prêt Préférence et doivent souscrire l'Assurance de Prêt Solutions.</p>					
1 Poids : en kg		Taille : en cm			
2 Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une affection, d'une maladie chronique ou récidivante, d'une infirmité ou de séquelles suite à un accident ou une maladie ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Type de maladie ou d'affection : Quand : Durée :	
3 a - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail suite à accident ou maladie (sauf congés légaux de maternité) ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Pour chaque réponse positive, nous indiquer Motif : Depuis quand : Motif : Date début :/...../..... Date fin :/...../..... Motif : Depuis quand :	
b - Avez-vous été en arrêt de travail de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
c - Bénéficiez-vous d'un aménagement de votre temps et/ou de conditions de travail pour raison médicale ou une demande est-elle en cours ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
4 a - Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...) examens, traitements ou convalescence ?*		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Motif : Quand : Durée de l'hospitalisation : Motif : Quand :	
b - Devez-vous être hospitalisé ou devez-vous subir un acte médico-chirurgical (opération, coloscopie, endoscopie, arthroscopie, angioplastie ...) au cours des 6 prochains mois ?*		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
*sauf pour maternité, appendicite, amygdalites, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG				Joindre la copie des comptes-rendus : d'hospitalisation, opératoire, anatomopathologique, des examens réalisés	
5 Mettre une croix pour chaque affection Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :				Pour chaque réponse positive, nous indiquer : Nom de la maladie : Nature du traitement : Date de diagnostic :/...../..... Localisation précise des lésions : Evolution :	
- cardiovasculaire (ex : infarctus, hypertension artérielle, artérite...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Joindre la copie des résultats des examens effectués	
- neurologique (ex : épilepsie, accident vasculaire cérébral ...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- pulmonaire (ex : asthme, bronchite chronique...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- allergique ou cutanée (ex : eczéma, psoriasis...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- endocrinienne (ex : thyroïde, diabète...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- métabolique (ex : cholestérol, triglycérides...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations, musculaire ou ligamentaire		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- digestive ou intestinale (ex : ulcère, maladie de Crohn...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- gynécologique, rénale ou urinaire (calculs...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- hématologique (ex : maladie de Hodgkin, anémie...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- ophtalmologique		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- ORL (ex : surdité, infections...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- cancéreuse		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
- congénitale, héréditaire, infectieuse ou affection nécessitant une surveillance médicale		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
6 Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à 1 mois ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom de la maladie : Nature du traitement : Durée du traitement :	
7 a - Êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale suivie ? (hors médecine du travail et suivi systématique en période de grossesse)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Pourquoi : Depuis quand :	
b - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM ou scanner ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Motif : Résultat :	
c - Au cours des 12 prochains mois, avez-vous prévu de faire des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM ou scanner ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Motif : Joindre la copie des résultats des examens effectués	

Exemplaire assuré

Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime, exclusion médicale...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Fait à : Date :

Signature de l'Assuré 1



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois à compter de sa signature.



Questionnaire de santé

N° adhérent

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

Assuré(e) 2		Nom :	Prénom :	Date de Naissance :	
<p>Je déclare être informé(e) que les personnes atteintes d'une des maladies ou affections suivantes : diabète insulino dépendant, sclérose en plaques, cancer de moins de 5 ans, transplantation d'organes, hémophilie, maladie génétique, que les personnes ayant subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B ou C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif, ne sont pas couvertes par l'Assurance de Prêt Préférence et doivent souscrire l'Assurance de Prêt Solutions.</p>					
1	Poids :	en kg	Taille :	en cm	
2	Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une affection, d'une maladie chronique ou récidivante, d'une infirmité ou de séquelles suite à un accident ou une maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type de maladie ou d'affection :		
3	a - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail suite à accident ou maladie (sauf congés légaux de maternité) ? b - Avez-vous été en arrêt de travail de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ? c - Bénéficiez-vous d'un aménagement de votre temps et/ou de conditions de travail pour raison médicale ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Pour chaque réponse positive, nous indiquer</p> Motif : Depuis quand : Motif : Date début :/...../..... Date fin :/...../..... Motif : Depuis quand :		
4	a - Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...) examens, traitements ou convalescence ?* b - Devez-vous être hospitalisé ou devez-vous subir un acte médico-chirurgical (opération, coloscopie, endoscopie, arthroscopie, angioplastie ...) au cours des 6 prochains mois ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Motif : Quand : Durée de l'hospitalisation : Motif : Quand : <p>Joindre la copie des comptes-rendus : d'hospitalisation, opératoire, anatomopathologique, des examens réalisés</p>		
5	<p>Mettre une croix pour chaque affection</p> Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie : - cardiovasculaire (ex : infarctus, hypertension artérielle, artérite...) - neurologique (ex : épilepsie, accident vasculaire cérébral...) - psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...) - pulmonaire (ex : asthme, bronchite chronique...) - allergique ou cutanée (ex : eczéma, psoriasis...) - endocrinienne (ex : thyroïde, diabète...) - métabolique (ex : cholestérol, triglycérides...) - rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations, musculaire ou ligamentaire - digestive ou intestinale (ex : ulcère, maladie de Crohn...) - gynécologique, rénale ou urinaire (calculs...) - hématologique (ex : maladie de Hodgkin, anémie...) - ophtalmologique - ORL (ex : surdité, infections...) - cancéreuse - congénitale, héréditaire, infectieuse ou affection nécessitant une surveillance médicale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<p>Pour chaque réponse positive, nous indiquer :</p> Nom de la maladie : Nature du traitement : Date de diagnostic :/...../..... Localisation précise des lésions : Evolution : <p>Joindre la copie des résultats des examens effectués</p>		
6	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement d'une durée supérieure à 1 mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la maladie : Nature du traitement : Durée du traitement :		
7	a - Êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale suivie ? (hors médecine du travail et suivi systématique en période de grossesse) b - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM ou scanner ? c - Au cours des 12 prochains mois, avez-vous prévu de faire des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM ou scanner ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pourquoi : Depuis quand : Motif : Résultat : Motif : <p>Joindre la copie des résultats des examens effectués</p>		

Exemplaire assuré

Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (surprime, exclusion médicale...). Si dans cette hypothèse vous souhaitez obtenir par courrier confidentiel les informations médicales motivant cette décision, cochez la case ci-contre.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Fait à : Date :

Signature de l'Assuré 2



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois à compter de sa signature.

Sports spécifiques

Vous pouvez vous assurer pour la pratique des sports spécifiques suivants si vous êtes membre d'une fédération ou d'un club et/ou si vous faites des compétitions.

Sports en tarification immédiate ⁽¹⁾
Attelage, Canyoning, Courses de trot, Enduro, Luge en compétition, Manège équestre, Moto cross, Polo, Rafting, Rodéo, Spéléologie, Vélo Ski, Quad en compétition, Course de plat, trial
Sports spécifiques soumis à étude ⁽²⁾
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sports équestres : concours complet, cross country, courses hippiques, endurance à cheval, marathon d'équitation, course de sauts d'obstacles ■ Sports automobiles et moto : formules 1, 3 ou 3000, rallyes, courses de côtes, courses sur circuit, stock car, épreuves sur glace, dragster, hot rod, raid, speed way, épreuves de vitesse, endurance, motoneige en compétition ■ Sports de montagne : alpinisme, randonnée haute montagne (+ 3000m), trekking, bobsleigh, skeleton, ski hors pistes ■ Sports nautiques : plongée en apnée profondeur supérieure à 20m, plongée en scaphandre profondeur supérieure à 40m, navigation au-delà de 20 miles nautiques des côtes, courses de hors bord, courses d'Offshore, catamaran, voile en compétition (longue traversée) ■ Sports de combat : boxe américaine, anglaise, française, thaï (kick boxing), full contact, birmane ■ Sports aériens : aviation, deltaplane, hélicoptère, montgolfière avec compétition, parachutisme, parapente, planeur, ULM, vol à voile et autres sports aéronautiques ■ Sports divers : saut à l'élastique, VTT de descente en compétition

(1) Tarification immédiate sur Intrapril (extrait de votre assureur-conseil)

(2) Pour être garanti pour la pratique de l'un de ces sports, remplissez le questionnaire sportif disponible sur april.fr (page assurance de prêt). Une étude personnalisée sera réalisée.

Professions Exclues

Si vous exercez l'une de ces professions, nous vous recommandons l'Assurance de Prêt Solutions adaptée aux risques spécifiques, renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil

Professions exclues
<ul style="list-style-type: none"> • Convoyeur de fonds, • Travail de la mine ou souterrain ou galeries, • Guide de haute montagne/moniteur de ski, • Marin pêcheur, • Surveillance armée/maintien de l'ordre, • Pompier professionnel, • Sportif professionnel (y compris les sports avec usage d'un véhicule à moteur), • Artificier/usage d'explosifs, • Artiste de cinéma ou de télévision/intermittent du spectacle/professionnel du cirque... <p>Cette liste est non exhaustive</p>

Formalités médicales

Les formalités médicales demandées dépendent du capital assuré par personne et non pas du capital total emprunté.

Capital assuré	De 18 à 54 ans	De 55 à 80 ans
A partir de 7 500 €	Impossible	Questionnaire de santé
De 16 000 à 110 000 €	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé
De 110 001 à 230 000 €	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé + rapport médical
De 230 001 à 310 000 €	Questionnaire de santé + Profil sanguin 1	Dossier médical standard

Rapport médical : document envoyé par APRIL Assurances à faire compléter par un médecin.

Profil sanguin 1 : numération Formule Sanguine, vitesse de sédimentation, dosage de la glycémie, de la créatinine, de l'urée, de l'acide urique. Recherche des anticorps anti HIV1 et 2 par enzymologie (2 réactifs), bilan enzymatique hépatique (avec Gamma GT, transaminases SGOT-SGPT, phosphatases alcalines), bilan lipidique (avec cholestérol total, HDL, LDL, rapport cholestérol total/HDL, triglycérides), dosage des antigènes HBs, des anticorps anti Hbc, dosage des anticorps anti HCV.

Dossier médical standard : proposition avec questionnaire de santé + rapport médical + Profil sanguin 1 + examen cytotobactériologique des urines et chimie des urines + électrocardiogramme avec rapport du cardiologue.

Remboursement des frais médicaux

Les frais d'examen médicaux engagés par l'assuré seront remboursés par APRIL Assurances :

- une fois l'adhésion effective,
- en cas de refus de la part d'APRIL Assurances,
- en cas de proposition d'adhésion sous condition de la part d'APRIL Assurances. Si vous réglez directement les frais médicaux, faites-nous parvenir une facture originale acquittée par le praticien.

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 Assurances,
- l'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe.

Important

Vous pouvez réaliser vos formalités médicales chez nos partenaires ARM et CBSA (Cf. livret Vos garanties).

Constitution de votre dossier

Le saviez-vous?

Plus de 30 % des dossiers ne peuvent être traités dans les meilleurs délais car ils sont incomplets, en raison d'un simple oubli de signature, de date ou de réponses à des questions.

Pour un traitement plus rapide :

Zoom sur la partie administrative

- J'ai vérifié que ma demande d'adhésion est intégralement complétée et signée,
- J'ai rempli l'autorisation de prélèvement,
- Si je souscris la Garantie Chômage, j'ai complété et signé l'attestation chômage (en annexe),
- Si je suis caution, j'ai complété et signé la clause bénéficiaire (en annexe).

Zoom sur la partie médicale

- J'ai vérifié que j'ai répondu à l'ensemble des questions de mon questionnaire de santé,
- Si j'ai répondu oui à une question du questionnaire de santé, je fais remplir par mon médecin le(s) questionnaire(s) complémentaire(s) correspondant(s), disponible(s) sur april.fr (page assurance de prêt).

Je joins à mon envoi

Important

- 1** Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée par le ou les assuré(s) et/ou l'adhérent (pages 2, 3, 4 et 5),
- 2** L'annexe remplie et signée, si je souscris la Garantie Chômage et/ou si je suis caution de l'emprunt,
- 3** Mon autorisation de prélèvement, remplie et signée,
- 4** Mon relevé d'identité bancaire ou postal,
- 5** Les justificatifs médicaux et le(s) questionnaire(s) complémentaire(s).

Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'adhérent comprenant :

- le guide de l'assuré (informations pratiques),
- votre certificat d'adhésion,
- votre avis d'échéance (situation de votre compte),
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat.

Votre délégation de bénéfice* est transmise directement à votre prêteur (via fax, courrier ou e-mail) ; ainsi votre prêt peut être débloqué au plus tôt.

*Délégation de bénéfice :

- le prêteur devient bénéficiaire de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt,
- le capital décès ou les échéances de votre prêt en cas d'arrêt de travail (si cette garantie a été souscrite) lui sont remboursés,
- toute modification du contrat doit se faire avec l'accord du prêteur, car il est bénéficiaire acceptant.