

Demande de tarification

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

PRE 4401

N° de l'assureur-conseil **54458** n° adhérent

Fax transmis le Etes-vous déjà assuré chez APRIL Assurances ? Oui Non

Adhérent (si différent de l'Assuré)

Raison sociale/Nom : Pays :
Adresse : Code Postal : Ville :

Assuré M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Date de Naissance

Statut : Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale Non cadre Commerçant / Artisan Exploitant agricole Autres :

Profession exacte : Secteur d'activité :

Nbre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) : - 20 000 km/an + 20 000 km/an

Travail à l'étranger (hors UE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle Zélande)
 Oui Pays :
 Non

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ? ⁽¹⁾ Oui Non

Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ? Oui Non

Contrat de travail : CDI CDD Intérimaire / Saisonnier <1/2 temps

Adresse actuelle : Code Postal : Ville : Pays :

Email ⁽²⁾ : Tél. domicile Tél. Portable

Date approximative de déménagement :

Adresse future : Code Postal : Ville : Pays :

(1) Toutes activités de manipulations et/ou de déplacement d'objets/marchandises réputés lourds et dangereux exercées régulièrement dans votre travail

(2) J'accepte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse email. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

Caractéristiques du (des) prêt(s) :

Date de début de l'assurance (date de signature de l'offre de prêt) :
(Si non connue, la fixer quinze jours avant la date présumée de l'offre de prêt)

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

Prêteur :

Nom : Adresse : Code Postal :

Ville : Téléphone : Fax :

Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez :

Adresse : Code postal : Ville :

Téléphone : Fax : Email :

Si le bénéficiaire n'est pas le prêteur, nous adresser l'accord écrit de la banque et préciser la clause bénéficiaire :

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

Caractéristiques de l'assurance

	Emprunteur	Caution	Taux de couverture DC/PTIA ⁽³⁾ (DC)	Taux de couverture ITT/IPT ⁽⁴⁾ (AT)
Prêt 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>%%
Prêt 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>%%
Prêt 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>%%

(3) La garantie PTIA ne peut être souscrite au delà de 60 ans à l'adhésion.

(4) Franchise unique de 90 jours
Garantie IPT/ITT impossible :

- si le différé d'amortissement est supérieur à 36 mois,
- si résidence hors France continentale.



Questionnaire de santé

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté, au Médecin conseil d'APRIL 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.

N° adhérent

Assuré(e) Nom :		Prénom :	
Date de naissance :			
Poids : en kg		Taille : en cm	
		Tension artérielle : /	
1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail, ou au cours de ces trois dernières années avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif ? Date début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Avez-vous fait l'objet d'une reconnaissance d'invalidité même partielle ou une demande est-elle en cours ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif ? Taux ou catégorie ? Durée ?
3	Etes-vous pris(e) en charge à 100% pour une affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motifs
4	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lequel ?
5	Avez-vous bénéficié d'un acte médico-chirurgical (opération, endoscopie, arthroscopie, angioplastie ...) ou avez-vous été hospitalisé ces dix dernières années pendant plus de 10 jours consécutifs ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Nature : Séquelles ?
	Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires et anatomopathologiques Devez-vous être hospitalisé ou devez-vous subir un acte médico-chirurgical (opération, coloscopie, endoscopie, arthroscopie, angioplastie,...) au cours des 6 prochains mois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Préciser:
6	Avez-vous été au cours des cinq dernières années ou devez-vous être hospitalisé(e) pour une convalescence, une cure, une rééducation ou un séjour en stations thermales ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Nature ? Durée ?
7	Avez-vous été victime d'un accident corporel ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature des blessures ou lésions initiales : Séquelles actuelles :
8	Merci de joindre les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et/ou de consultation Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui à des questions, précisez : Nature exacte :
	- Cardiovasculaire (hypertension artérielle, infarctus, cardiopathie, artérite, angor...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
	- Neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
	- Psychique ou psychiatrique (stress, anxiété, dépression...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
	- Pulmonaire (asthme, bronchite chronique...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
	- Allergique ou cutanée (eczéma, psoriasis...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
	- Endocrinienne (diabète, thyroïde...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
	- Métabolique (cholestérol, triglycéride...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
	- Rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou articulations, musculaire ou ligamentaire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
	- Digestive ou intestinale (ulcère, hépatite, maladie de Crohn...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
- Gynécologique, rénale ou urinaire (calculs...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
- Du sang (hémophilie, phlébite...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
- Ophtalmologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
- ORL (surdité, infections, infections récurrentes...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
- Autres maladies : cancéreuses, congénitales, héréditaires, infectieuses, ou affections nécessitant une surveillance médicale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
9	Merci de joindre la copie des résultats des examens, les copies des comptes-rendus d'hospitalisation et / ou de consultation spécialisée Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez : Date ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10	Avez-vous subi un examen :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date du premier examen ? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	- biologique (sanguin ou urinaire) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat :
	- radiologique (radiographie, IRM, Scanner, au autre) - autre investigation (électrocardiogramme, électroencéphalogramme...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
	Merci de joindre la copie des résultats des examens effectués Devez-vous subir des examens médicaux au cours des 6 prochains mois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
11	Habitudes de vie :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, quantité journalière :
	- Consommez-vous des boissons alcoolisées quotidiennement ? - Avez-vous fumé au cours des deux dernières années ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	.....
12	a- Pratiquez-vous un sport dans le cadre de compétition amateurs et/ou en tant que membre d'une fédération et/ou d'un club ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, le(s)quel(s) :
	b- Pratiquez-vous, même en qualité d'amateur, un sport figurant dans la liste des sports "spécifiques" * indiquée en page 6 de ce document ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, le(s)quel(s) : En compétition : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Souhaitez-vous être garanti pour ce(s) sport(s) : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Exemplaire Assuré

Les conclusions du Médecin conseil peuvent nous conduire à vous proposer des conditions d'acceptation spécifiques (exclusion médicale, surprime,...). 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



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

Questionnaire professionnel

N° adhérent

En cas de risque professionnel, merci de répondre également au questionnaire de santé complet.

Nom :		Prénom :		Age :	
1	Quel est l'intitulé de votre poste ?				
2	Dans quel secteur d'activité travaillez-vous ?				
	Préciser votre statut : <input type="checkbox"/> personnel civil <input type="checkbox"/> militaire				
	<input type="checkbox"/> Intermittent du spectacle <input type="checkbox"/> Autre : à préciser :				
3	Veuillez décrire vos tâches :				
	a) b)				
4	Quel est votre lieu de travail (dans un bureau, à l'extérieur, en usine etc.) ?				
5	Quelles machines faites-vous fonctionner ?				
6	Etes-vous exposé(e) à des conditions de travail difficiles (poussière, radiations, amiante...) ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, veuillez fournir les informations complètes				
7	Avez-vous besoin d'une licence ou d'un permis particulier pour effectuer votre travail (comme le permis de conduire, etc.) ou d'un certificat d'aptitude ?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				
8	Vos activités professionnelles comportent-elles :				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- des travaux en zones portuaires, en mer, souterrains, en hauteur ou sur pylônes ? Si oui, précisez : - des manipulations de produits toxiques, d'explosifs, d'armes à feu ? Si oui, précisez :				
9	Effectuez-vous des déplacements pour votre travail ? Si oui, indiquez :				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	a) Combien de kilomètres vous effectuez par semaine				
	b) Votre moyen de transport				
	c) Vous déplacez-vous à l'extérieur de la France ? et si oui, quels pays ? nombre de déplacement par an ? durée des déplacements ?				

Fait à :
 Date :

Signature de l'Assuré


