[ASSURANCE DE PRÊT]

PRT0301 - ASSURANCE DE PRÊT APRIL

DESUNE

n° adhérent : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

n° de l'assureur-conseil : 57932 ⌊_⌊_⌋

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Pour les assurés jusqu'à 45 ans* et jusqu'à 250 000 € de capital.

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. 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. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. 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 Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

ASSURÉ(E) 1 NOM : ..... PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_

1	Etes-vous ou avez-vous été au cours des 10 dernières années en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives (hors congés légaux de maternité) ?	◯ Oui ◯ Non
2	Etes-vous ou avez- vous été atteint(e) au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale et/ou avez-vous été victime d'un accident ayant entraîné des séquelles ?	◯ Oui ◯ Non
3	Avez-vous ou avez-vous eu au cours des 5 dernières années : - une prise en charge médicale sur une durée de plus de 2 semaines consécutives (**exemples :** médicaments, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage), sauf pour un traitement de contraception ou une affection saisonnière telle que la grippe, les rhinites ? - et/ou une prise en charge chirurgicale sauf pour végétations, amygdales, dent de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, vésicule biliaire, hémorroïdes, hernie inguinale ?	◯ Oui ◯ Non
4	a) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une (des) maladie(s) suivante(s) : cancer, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection ostéo-articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ?	◯ Oui ◯ Non
	b) Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	◯ Oui ◯ Non
5	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 ?	◯ Oui ◯ Non
6	En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?	◯ Oui ◯ 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

* L'Assuré doit être âgé de 45 ans au plus tard au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties.

- **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.**

Fait à ⌊_____⌋

Le ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

La signature de l'Assuré 1

✗

Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance.

Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - 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 - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par PREVOIR Vie et PREVOIR Risques Divers (Assurance de prêt APRIL) et ACE European Group Limited (Garantie Chômage).

L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

[ASSURANCE DE PRÊT]

PRT0301 - ASSURANCE DE PRÊT APRIL

SECODES

n° adhérent : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

n° de l'assureur-conseil : 57932

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Pour les assurés jusqu'à 45 ans* et jusqu'à 250 000 € de capital.

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. 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. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin conseil d'APRIL Santé Prévoyance. 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 Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

ASSURÉ(E) 2 NOM : ..... PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_

1	Etes-vous ou avez-vous été au cours des 10 dernières années en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives (hors congés légaux de maternité) ?	◯ Oui	◯ Non
2	Etes-vous ou avez- vous été atteint(e) au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale et/ou avez-vous été victime d'un accident ayant entraîné des séquelles ?	◯ Oui	◯ Non
3	Avez-vous ou avez-vous eu au cours des 5 dernières années : - une prise en charge médicale sur une durée de plus de 2 semaines consécutives (**exemples :** médicaments, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage), sauf pour un traitement de contraception ou une affection saisonnière telle que la grippe, les rhinites ? - et/ou une prise en charge chirurgicale sauf pour végétations, amygdales, dent de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, vésicule biliaire, hémorroïdes, hernie inguinale ?	◯ Oui	◯ Non
4	a) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une (des) maladie(s) suivante(s) : cancer, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection ostéo-articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ?	◯ Oui	◯ Non
	b) Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	◯ Oui	◯ Non
5	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 ?	◯ Oui	◯ Non
6	En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?	◯ Oui	◯ 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

* L'Assuré doit être âgé de 45 ans au plus tard au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties.

- **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.**

Fait à ⌊_____⌋

Le ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_

La signature de l'Assuré 2

✗

Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance.

Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - 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 - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par PREVOIR Vie et PREVOIR Risques Divers (Assurance de prêt APRIL) et ACE European Group Limited (Garantie Chômage).

L'assurance n'est plus ce qu'elle était.