



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 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	<p>Pour chaque réponse positive, nous indiquer</p> Motif : Depuis quand : 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 : <p>Joindre la copie des comptes-rendus : d'hospitalisation, opératoire, anatomopathologique, des examens réalisés</p>
	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	
5	Mettre une croix pour chaque affection		Pour chaque réponse positive, nous indiquer :	
	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :		Nom de la maladie :	
	- cardiovasculaire (ex : infarctus, hypertension artérielle, artérite...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....
	- 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	Nature du traitement :	
	- 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	Date de diagnostic :/..../.....	
- digestive ou intestinale (ex : ulcère, maladie de Crohn...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Localisation précise des lésions :		
- 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	Evolution :		
- ophtalmologique (joindre la prescription des verres)	<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	<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)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Pourquoi : Depuis quand : Motif : Résultat : Motif : <p>Joindre la copie des résultats des examens effectués</p>
	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	
	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	

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 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	<p>Pour chaque réponse positive, nous indiquer</p> Motif : Depuis quand : 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 : <p>Joindre la copie des comptes-rendus : d'hospitalisation, opératoire, anatomopathologique, des examens réalisés</p>
	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	
5	Mettre une croix pour chaque affection		Pour chaque réponse positive, nous indiquer :	
	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie :		Nom de la maladie :	
	- cardiovasculaire (ex : infarctus, hypertension artérielle, artérite...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....
	- 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	Nature du traitement :	
	- 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	Date de diagnostic :/..../.....	
	- rhumatologique, de la colonne vertébrale, des os ou des articulations, musculaire ou ligamentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Localisation précise des lésions :	
- 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	Evolution :		
- hématologique (ex : maladie de Hodgkin, anémie...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.....	
- ophtalmologique (joindre la prescription des verres)	<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	<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)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Pourquoi : Depuis quand : Motif : Résultat : Motif : <p>Joindre la copie des résultats des examens effectués</p>
	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	
	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	

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.



[La Prévoyance]

Rapport médical 2009/2010

Rapport médical

[des solutions] pour **tous** et pour **chacun**

*Les formalités médicales
nécessaires à la souscription
d'un contrat APRIL Assurances*




april
ASSURANCES



Rapport Medical

Madame, Monsieur,

Dans certains cas, la souscription à un produit de prévoyance d'APRIL Assurances nécessite des formalités médicales. Celles-ci sont définies sur chacune des notices produits. Vous pouvez faire pratiquer la visite médicale et les examens réclamés auprès d'un médecin de votre choix.

Attention

Toutes les rubriques du rapport médical doivent être complétées par votre médecin afin que celui-ci puisse être analysé par notre Médecin-Conseil.

En effet, le défaut de réponse à l'une des questions pourrait entraîner un délai supplémentaire pour l'étude de votre dossier.

> A compléter par l'assureur-conseil

Assuré(e) : Nom : Prénom :

Cachet de l'assureur-conseil

n° :



Les frais d'examens médicaux engagés par l'assuré seront remboursés par APRIL Assurances une fois l'adhésion effective.

Ils seront également remboursés dans les cas suivants :

- En cas de refus de la part d'APRIL Assurances,
- En cas de proposition d'adhésion sous conditions de la part d'APRIL Assurances.

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.

> Note d'honoraires

- Remboursement à l'assuré
- Honoraires dûs à M. le Docteur

Adresse :

Préciser le mode de paiement désiré :

pour l'examen de M. Montant : €

Le présent rapport médical ne fera l'objet de remboursement d'honoraires par APRIL Assurances que s'il est bien prévu au tableau des formalités médicales. Le remboursement maximal s'effectuera sur la base de 5C.

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP
Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 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 des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09

Date, cachet et signature





Assurances avec examen médical

 N° d'adhérent :

RAPPORT MÉDICAL DE M. LE DOCTEUR

Entretien avec la personne à assurer

Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le médecin examinateur. Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité. Si les réponses ont été consignées antérieurement, le médecin est invité à les revoir avec la personne à examiner.

Attention

Merci de répondre à chacune des questions posées.

1. Identité			
1.1 - Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) :	.....	
1.2 - Date et lieu de naissance :	.....	
1.3 - Domicile :	.....	
1.4 - Profession (avec détails)	actuelle : antérieure :		
1.5 - Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger ? (sauf Union Européenne et Amérique du Nord)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : Où ? Quand ? Durée du séjour :		
1.6 - Envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : Où ? Quand ? Durée du séjour :		
	But :		
	But :		
2. Habitudes de vie			
NON	OUI	COMMENTAIRES	
2.1 - Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Quantité par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vin <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> apéritif <input type="checkbox"/> alcool cl cl cl cl	
2.2 - Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	cigarettes <input type="checkbox"/> cigares <input type="checkbox"/> pipes <input type="checkbox"/> quantité en paquets par année : date de début de la consommation tabagique : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2.3 - Etiez-vous fumeur ? Donnez des précisions sur la nature, la durée, la date à laquelle vous avez cessé de fumer et pour quel motif ?	<input type="checkbox"/>	nature : durée : date de fin de consommation tabagique : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> motifs :	
2.4 - Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/>	lesquels ? jusqu'à quand ?	
2.5 - Sports pratiqués régulièrement	<input type="checkbox"/>	lesquels ?	
2.6 - Votre poids a-t-il diminué au cours de la dernière année ?	<input type="checkbox"/> kg cause : intentionnellement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3. Passé pathologique		NON	OUI
3.1 - Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants ?			
a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladie sexuellement transmissible ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, goutte, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Anémie, anomalie de coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou tout autre maladie du sang ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Dépression, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose, tétanie, spasmophilie ou toute autre atteinte psychiatrique ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Paralysie, épilepsie, sclérose en plaques, myopathie, maladie de Parkinson, démence ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Surdité, enrouement, trouble de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou des yeux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Malformation ou souffle cardiaque, œdème, douleurs thoraciques, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, trouble de conduction, trouble du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ou des poumons ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Hémorragie digestive, troubles de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum, affections du foie (cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Albuminurie, affection des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Psoriasis, kyste, eczéma, naevus ou toute autre maladie de la peau ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Hernie discale, sciatique, lumbago, douleurs dorsales, douleurs cervicales, arthrose, ostéoporose, tassements, rhumatismes inflammatoires, vascularite ou toute autre maladie des os ou des articulations ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Cancer, tumeur ou toute autre affection maligne ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Présentez-vous une malformation congénitale ou toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 - Avez-vous été hospitalisé pour opération, geste médico-chirurgical (endoscopie, arthroscopie, angioplastie...) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 - Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 - Avez-vous été accidenté ? En cas de traumatisme crânien, indiquer s'il y a eu perte de connaissance et sa durée.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 - Avez-vous séjourné dans un hôpital, une maison de santé, un sanatorium, une station thermale ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'il a été répondu OUI à l'une ou plusieurs questions, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit ainsi que toutes les précisions utiles (date, durée, traitement, interventions chirurgicales, date de guérison, séquelles, commentaires).			
.....			
.....			
.....			

Nom :		Prénom :	
4.	NON	OUI	COMMENTAIRES
Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou une demande est-elle en cours ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire (Joindre le titre de pension précisant le motif)			motif : taux : depuis quand ?
5. Pour les personnes de sexe féminin	NON	OUI	
5.1 - Etiez-vous en période de règles lors de l'analyse biologique effectuée pour la souscription de ce contrat ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 - Etes-vous enceinte ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ces questions permettent exclusivement d'interpréter les résultats d'examens.			
6.	NON	OUI	
6.1 - Suivez-vous un traitement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 - Recevez-vous des soins médicaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 - Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 - Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 - Devez-vous être hospitalisé prochainement, pour opération, gestes médicaux-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioscopie...)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lequel ?		pourquoi ?	
lequel ?		pourquoi ?	
quand ?		pourquoi ?	
quand ?		pourquoi ?	
quand ?		pourquoi ?	
7.	NON	OUI	
7.1 - Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :			
- un électrocardiogramme ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une radiographie du thorax ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une analyse du sang ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une analyse des urines ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 - 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 - Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quand ?		résultat :	
quand ?		résultat :	
quand ?		résultat :	
quand ?		résultat :	
A quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
quand ?		lesquelles ?	
résultat : .....		.....
8.	NON	OUI	
8.1 - Vous trouvez-vous en état d'incapacité de travail ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 - Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines pour raison de santé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
totale <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/>		depuis :	
pourquoi ? .....		.....
quand ?		pourquoi ?	
pour quelle raison ? .....		.....
durée : .....		.....
9.	NON	OUI	
9.1 - Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		
9.2 - Quel est votre médecin habituel (adresse) ?		.....
.....		
.....		
.....		
.....		

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur l'organisme assureur. J'ai été informé(e) que toute fausse déclaration ou omission intentionnelle entraînerait la nullité de mon contrat d'assurance conformément à la loi.

 Fait à

 le
La signature de la personne à assurer


Ce rapport médical est valable 6 mois à compter de sa signature.

Cachet et signature du médecin examinateur


Examen médical de la personne à assurer

Le médecin est prié de répondre avec précision à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées (au besoin, ajouter un feuillet).

Attention

Merci de répondre à chacune des questions posées.

Nom :		Prénom :	
10.	NON	OUI	COMMENTAIRES
10.1 - Vous êtes-vous assuré de l'identité de la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.2 - L'avez-vous déjà soignée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? pourquoi ?
11. Constitution/Généralités	NON	OUI	
11.1 - Taille (mesurée au cabinet)			..... cm
11.2 - Poids (pesée au cabinet)			..... kg
11.3 - Périmètre du thorax			..... cm en inspiration cm en expiration
11.4 - Circonférence de l'abdomen			..... cm
11.5 - Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ?
11.6 - Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ?
12. Habitudes	NON	OUI	
12.1 - Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquelles ?
12.2 - Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ?
13. Système endocrinien et métabolisme/psychiatrie/système nerveux et muscles			
13.1 - Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ?
13.2 - Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ?
13.3 - Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ?
14. Organes sensitifs	NON	OUI	
14.1 - Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? D. <input type="checkbox"/> G. <input type="checkbox"/> degré : D.: G.:
14.2 - Y a-t-il une affection des yeux ? Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? avant correction : OD = OG = après correction : OD = avec dioptries OG = avec dioptries
Si oui, merci de nous fournir la copie de la prescription des verres.			
15. Appareil cardiovasculaire	NON	OUI	
15.1 - L'aire cardiaque est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	importance :
15.2 - Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ?
15.3 - Les bruits du cœur sont-ils anormaux (dédoublément, roulement, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> intensité :
15.4 - Entendez-vous un souffle cardiaque ? Comment se propage-t-il ? Irradiation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	systolique <input type="checkbox"/> où ? intensité : diastolique <input type="checkbox"/> où ? intensité :
15.5 - Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diagnostic :
15.6 - Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège : droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> cause : importance :
15.7 - Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? importance :
15.8 - Tension artérielle : systolique diastolique non traitée <input type="checkbox"/> traitée <input type="checkbox"/>			
15.9 - Fréquence du pouls /min - Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. Résultat : - Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.			
15.10 - Contrôle éventuel			systolique : diastolique pulsations /min

Nom :		Prénom :		
16. Appareil respiratoire		NON	OUI	COMMENTAIRES
16.1 - Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ?	
16.2 - Examen radiologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	résultat :	
17. Appareil digestif		NON	OUI	
17.1 - La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lequel ?	
17.2 - La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lequel ?	
17.3 - Le foie est-il agrandi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de combien de cm ? consistance ?	
17.4 - La rate est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	palpable sur cm cause :	
17.5 - Y a-t-il une hernie, une éventration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège : bilatérale : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
18. Appareil urogénital		NON	OUI	
18.1 - Examen de l'urine par bandelette (obligatoire) (l'urine doit être émise chez le médecin)	albumine sucre sang pus	Présence de : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	dosage éventuel : g/l dosage éventuel : g/l
18.2 - Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autres substances anormales laquelle ?
19. Ganglions lymphatiques		NON	OUI	
Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	siège : origine :	
20. Os, articulations et tissu conjonctif/peau		NON	OUI	
20.1 - Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lequel ?	
20.2 - Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ?	
21. Conclusion		NON	OUI	
21.1 - Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21.2 - Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21.3 - Remarques spéciales et suggestions :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Important

APRIL Assurances invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'assureur conseil, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'organisme assureur.

Le médecin doit se garder de délivrer un faux certificat ou même un certificat tendancieux ou de complaisance (articles 24 et 28 du Code de Déontologie médicale).

Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, 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 en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances, Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Fait à <input type="text"/> le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cachet et signature du médecin examinateur  Ce rapport médical est valable 6 mois à compter de sa signature.
--	--

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
 Immeuble Aprilium
 114 boulevard Marius Vivier Merle
 69439 LYON Cedex 03
 Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr



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⁾

- **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 (extranet 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

- 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...

Cette liste est non exhaustive

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 cytobactériologique 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).

J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Relation Clients - Immeuble Aprilium -
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

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.

APRIL Assurances à vos côtés

Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les travailleurs indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, APRIL Assurances s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une qualité de gestion hors normes en 24 heures.



Santé, Prévoyance, Assurance de Prêt
particuliers et professionnels

Tél. **09 74 50 20 20**
(appel non surtaxé)

www.april.fr

[Notre engagement, votre satisfaction]



- Vous apporter la qualité au prix juste
- Vous garantir un traitement en 24h
- Vous simplifier l'assurance
- Vous protéger surtout en cas de difficulté
- Vous faire profiter de services en ligne sur april.fr
- Vous satisfaire



Une société certifiée ISO 9001(1) version 2000

Retrouvez le détail des engagements d'APRIL Assurances sur www.april.fr

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

APRIL GROUP propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

A sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **3 500 collaborateurs et 70 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil

MAGNOLIA WEB ASSURANCES
IMMEUBLE LE ROLLON
108 AVENUE DE BRETAGNE
76100 ROUEN
Tél : 02 32 76 81 10
Email : rouen@credit-assurance.com

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet 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 des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Le produit est conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par AXERIA Prévoyance et ACE European Group Limited.