

LES FORMALITÉS MÉDICALES À ACCOMPLIR

1. Vous optez pour la déclaration par papier

Capital Décès	Tranche d'âge			
	Jusqu'à 45 ans inclus	De 46 ans à 55 ans	De 56 ans à 65 ans	De 66 ans à 80 ans
Entre 18 000 €* et 150 000 € *7 500 € pour les plus de 54 ans	Déclaration d'état de santé			
Entre 150 001 € et 250 000 €				
Entre 250 001 € et 400 000 €				
Entre 400 001 € et 500 000 €	Questionnaire de santé	Questionnaire de santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines*		Questionnaire de santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines* + Rapport cardiovasculaire
Entre 500 001 € à 750 000 €	Questionnaire de santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines*	Questionnaire de Santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines* + Rapport cardiovasculaire		
Entre 750 001 € à 1 000 000 €				
Entre 1 000 001 € à 1 600 000 €	Questionnaire de Santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines* + Rapport cardiovasculaire			
Entre 1 600 001 € à 2 200 000 €	Questionnaire de santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines* + Rapport cardiovasculaire + Echocardiographie à partir de 66 ans + Questionnaire financier			
Entre 2 200 001 € à 4 600 000 €	Questionnaire de santé + Rapport médical + Profil sanguin + Chimie des urines* + Rapport cardiovasculaire + Echocardiographie à partir de 66 ans + Formalités financières			

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

Capital Décès	Tranche d'âge			
	Jusqu'à 45 ans inclus	De 46 ans à 55 ans	De 56 ans à 65 ans	De 66 ans à 80 ans
Entre 18 000 €* et 150 000 € *7 500 € pour les plus de 54 ans	Non disponible			
Entre 150 001 € et 400 000 €	Télé déclaration			Télé déclaration + Profil sanguin
Entre 400 001 € et 500 000 €				
Entre 500 001 € à 750 000 €	Télé déclaration	Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines* + Rapport cardiovasculaire		
Entre 750 001 € à 1 000 000 €		Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines*	Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines* + Rapport cardiovasculaire	
Entre 1 000 001 € à 1 600 000 €	Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines*	Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines* + Rapport cardiovasculaire + Echocardiographie à partir de 66 ans		
Entre 1 600 001 € à 2 200 000 €	Télé déclaration + Profil sanguin + Chimie des urines* + Rapport cardiovasculaire + Echocardiographie à partir de 66 ans + Formalités financières			

- **Profil sanguin** : Bilan lipidique : Cholestérol total, H.D.L, L.D.L, Rapport Cholestérol total / H.D.L, Triglycérides + Glycémie à jeun + Sérologie des anticorps anti-HIV 1 et 2 + Sérologies des anticorps anti-HCV (Hépatite C) + Numération Formule Sanguine + Formule plaquettaire + Protéine C réactive + Acide urique + Créatinine + TSH + T4 libre + Bilan enzymatique hépatique : Transaminases SGOT et Transaminases SGPT, Gammas GT + Sérologies des antigènes HBs (Hépatite B) + PSA (pour les hommes de plus de 50 ans)
- ***Chimie des urines** : Dosages de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines + pour les dossiers supérieurs à 500 000 euros Test de cotinine urinaire pour les non fumeurs.
- **Rapport cardiovasculaire** : Rapport médical Cardiovasculaire APRIL (remis par votre assureur-conseil ou disponible sur april.fr) établi par un cardiologue avec un électrocardiogramme et son compte rendu
- **Formalités financières** : Questionnaire financier et Justificatifs financiers en fonction de la nature de l'opération Financière :
 - en cas de prêt personnel : (Les 2 derniers avis d'imposition et/ou tout justificatif de revenus des 2 dernières années, une copie du (des) projet(s) d'actes de prêt(s). Dans le cas d'une acquisition par le biais d'une SCI, en plus des éléments précédents : les derniers statuts et/ou Kbis de la SCI, les résultats des 2 dernières années de la SCI (déclaration de revenus fonciers ou liasses fiscales). En cas de création récente de la SCI, un business plan accompagné d'un prévisionnel sur 3 ans incluant les loyers perçus ainsi que la charge annuelle de remboursement du ou des prêts) ;
 - en cas de prêt professionnel : une copie du (des) projet(s) d'actes de prêt(s), les liasses fiscales des 2 dernières années de la société « Emprunteur ». En cas de résultats insuffisants ou de création récente de la société « Emprunteur », le business plan complet (comportant notamment le bilan et le compte de résultat prévisionnel sur 3 ans avec la charge annuelle de remboursement du ou des prêts) ; en cas de rachat de société - LBO (L'organigramme du groupe avant et après opération. Le business plan complet de l'opération (comportant notamment le bilan et le compte de résultat prévisionnel sur 3 ans avec la charge annuelle de remboursement).

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

Les frais d'examens médicaux engagés par l'assuré seront remboursés par APRIL Santé Prévoyance : une fois l'adhésion effective ou en cas de refus de la part d'APRIL Santé Prévoyance. En cas de proposition d'adhésion sous condition de la part d'APRIL Santé Prévoyance : si vous réglez directement les frais médicaux, faites-nous parvenir une facture originale acquittée par le praticien.

En revanche, les frais resteront à la charge de l'assuré dans les cas suivants :

- les examens pratiqués n'ont pas été sollicités par APRIL Santé Prévoyance
- l'assuré ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que ceux exprimés dans le premier paragraphe

RISQUES SPÉCIFIQUES

SPORTS

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

PROFESSIONS À RISQUE

Si vous exercez une profession à risque (ex : Gendarme, militaire, sportif professionnel, artificier, marin pêcheur...), une étude complémentaire est nécessaire. Pour accélérer le traitement de votre dossier, renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil pour compléter le questionnaire relatif à votre profession.

COMMENT CONSTITUER VOTRE DOSSIER ?

Envoyer votre dossier complet composé de :

- La demande d'adhésion
- Le mandat de prélèvement SEPA et votre RIB
- Le plan de financement ou une copie du tableau d'amortissement de l'offre de prêt pour un dossier Hamon
- La Déclaration d'Etat de Santé ou le Questionnaire de Santé.

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Suite à l'enregistrement de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'adhérent comprenant :

- votre certificat d'adhésion (le détail de vos garanties)
- votre échéancier de cotisations (vos cotisations sur toute la durée du prêt)
- le guide de l'assuré (informations pratiques)

Votre délégation de bénéficiaire* est transmise directement à votre prêteur (via fax, courrier ou email) ainsi votre prêt pourra être débloqué au plus tôt.

*Délégation de bénéfice : document résumant vos garanties et le capital assuré.

À NOTER :

- le capital décès ou les échéances de votre prêt en cas d'incapacité ou d'invalidité (si cette garantie a été souscrite) sont remboursés au prêteur
- le prêteur devient bénéficiaire acceptant de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt
- toute modification du contrat doit se faire avec l'accord du prêteur car il est bénéficiaire acceptant
- les conditions générales sont disponibles dans votre Espace Assuré

april | santé prévoyance

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

SAS au capital de 500000€ - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance



L'assurance en plus facile.



DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

Pour les assurés jusqu'à 55 ans au 31/12 de l'année de prise d'effet des garanties souscrivant un capital maximum de 400 000 €

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque 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 - 69439 LYON Cedex 03.**

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

ASSURÉ(E) 1 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/>													
1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
2	a) Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	b) Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
3	Avez-vous eu un accident au cours des 10 dernières années ayant entraîné des séquelles ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
4	a) Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	b) Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 5 dernières années, une prise en charge chirurgicale et/ou une hospitalisation sauf pour végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
5	a) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une(es) maladie(s) suivante(s) : cancer**, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, burn out, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	** Si vous avez été atteint d'un cancer, vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.												
	b) Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan en vue d'un diagnostic est-il en cours ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
6	c) Devez-vous être hospitalisé(e) et/ou subir une intervention chirurgicale dans les 6 prochains mois ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7	En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Taille (en cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190		191 - 195	196 - 200
	Poids (en kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113		65 - 120	70 - 125

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

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'information sur le « droit à l'oubli », joint à ma demande d'adhésion, avant de répondre aux questions ci-dessus.

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.

Fait à <input type="text"/>
le <input type="text"/>
La signature de l'Assuré 1
Cette déclaration est valable 6 mois à compter de sa signature.



DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

Pour les assurés jusqu'à 55 ans au 31/12 de l'année de prise d'effet des garanties souscrivant un capital maximum de 400 000 €

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque 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 - 69439 LYON Cedex 03.**

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

ASSURÉ(E) 2 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/>													
1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
2	a) Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	b) Êtes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
3	Avez-vous eu un accident au cours des 10 dernières années ayant entraîné des séquelles ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
4	a) Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	b) Avez-vous ou avez-vous eu, au cours des 5 dernières années, une prise en charge chirurgicale et/ou une hospitalisation sauf pour végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
5	a) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années, d'une(es) maladie(s) suivante(s) : cancer**, maladie cardiaque, maladie vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie neurologique, maladie de l'appareil urinaire, maladie psychique ou psychiatrique, dépression, burn out, hypercholestérolémie, maladie de sang, maladie de l'appareil digestif (y compris l'estomac), maladie de l'appareil respiratoire, affection de la colonne vertébrale, affection articulaire et/ou ligamentaire, atteinte rénale, affection thyroïdienne, maladie endocrinienne, maladie dermatologique, maladie gynécologique, maladie immunitaire, maladie rhumatismale ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	** Si vous avez été atteint d'un cancer, vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.												
	b) Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan en vue d'un diagnostic est-il en cours ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
6	c) Devez-vous être hospitalisé(e) et/ou subir une intervention chirurgicale dans les 6 prochains mois ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7	En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Taille (en cm)	143 - 150	151 - 155	156 - 160	161 - 165	166 - 170	171 - 175	176 - 180	181 - 185	186 - 190		191 - 195	196 - 200
	Poids (en kg)	38 - 63	40 - 74	43 - 80	46 - 85	50 - 90	53 - 95	55 - 101	58 - 107	61 - 113		65 - 120	70 - 125

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

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'information sur le « droit à l'oubli », joint à ma demande d'adhésion, avant de répondre aux questions ci-dessus.

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.

Fait à <input type="text"/>
le <input type="text"/>
La signature de l'Assuré 2
Cette déclaration est valable 6 mois à compter de sa signature.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

À COMPLÉTER UNIQUEMENT EN CAS DE DÉCLARATION PAR PAPIER.

SI VOUS CHOISISSEZ LA DÉCLARATION PAR TÉLÉPHONE, VOUS NE DEVEZ PAS COMPLÉTER CE DOCUMENT NI LA DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ. POUR EN SAVOIR PLUS SUR CE SERVICE, RAPPROCHEZ-VOUS DE VOTRE ASSUREUR-CONSEIL.





QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

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 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 :

QUESTIONS RELATIVES À VOS HABITUDES DE VIE

		SI OUI, MERCI DE PRÉCISER IMPÉRATIVEMENT :
1	A quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique de plus de 30 minutes consécutives? <i>On entend par activité physique tous mouvements actifs du corps dont le jogging, la marche à pied, un sport.</i>	<input type="checkbox"/> moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine <input type="checkbox"/> entre 2 et 5 fois par semaine <input type="checkbox"/> plus de 5 fois par semaine
2	Pour vos trajets professionnels (aller/retour), quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous principalement et, en moyenne, quel temps y passez-vous ? <i>Plusieurs moyens de transport peuvent être sélectionnés.</i>	TRANSPORT EN COMMUN ET/OU À PIED : <input type="checkbox"/> moins de 1 heure par jour <input type="checkbox"/> entre 1 et 2 heures par jour <input type="checkbox"/> plus de 2 heures par jour
		VOITURE : <input type="checkbox"/> moins de 1 heure par jour <input type="checkbox"/> entre 1 et 2 heures par jour <input type="checkbox"/> plus de 2 heures par jour
		2 ROUES (À MOTEUR OU NON) : <input type="checkbox"/> moins de 1 heure par jour <input type="checkbox"/> entre 1 et 2 heures par jour <input type="checkbox"/> plus de 2 heures par jour
		<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ SI VOUS N'UTILISEZ PAS DE MOYEN DE TRANSPORT (INACTIF OU TRAVAIL À DOMICILE)
3	A quelle fréquence mangez-vous rapidement (en moins de 30 minutes) ? <i>On entend par mangez-vous rapidement, toutes les restaurations rapides comme le temps consacré au repas.</i>	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine maximum <input type="checkbox"/> entre 2 et 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> plus de 3 fois par semaine
4	En moyenne, quelle quantité d'eau buvez-vous (plate et/ou gazeuse) ? <i>La consommation de café, thé, eau aromatisée, sirop, etc ne rentre pas dans le calcul.</i>	<input type="checkbox"/> moins d'un 1/2 litre par jour <input type="checkbox"/> entre 1/2 et 1 litre par jour <input type="checkbox"/> entre 1 et 2 litres par jour <input type="checkbox"/> plus de 2 litres par jour
5	A quelle fréquence réalisez-vous des actes de prévention médicale ? <i>On entend par actes de prévention médicale, les visites annuelles chez le dermatologue, ophtalmologue.., check up, vaccins, bilan biologique dont le dosage des PSA chez les hommes, les mammographies..</i>	<input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les 3 ans <input type="checkbox"/> tous les 5 ans <input type="checkbox"/> jamais
6	Pour vos les médecines douces telles que ostéopathie, homéopathie, phytothérapie, acupuncture, chiropractie, sophrologie sont-elles ?	<input type="checkbox"/> inutiles <input type="checkbox"/> complémentaires <input type="checkbox"/> nécessaires <input type="checkbox"/> indispensables
7	De manière générale, comment estimez-vous la qualité de votre sommeil ? <i>Sur une échelle de 1 à 10 (10 = le plus haut)</i>	<input type="checkbox"/> De 0 à 3 <input type="checkbox"/> de 4 à 5 <input type="checkbox"/> de 6 à 7 <input type="checkbox"/> 8 et plus
8	De manière générale, à combien estimez-vous votre niveau de stress ? <i>Sur une échelle de 1 à 10 (10 = le plus haut)</i>	<input type="checkbox"/> De 0 à 3 <input type="checkbox"/> de 4 à 5 <input type="checkbox"/> de 6 à 7 <input type="checkbox"/> 8 et plus

QUESTIONS RELATIVES À VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

1	a) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle inférieure ou égale à 80 ? (ex. 175 cm - 83 kg = 92, je réponds « Non » 175cm - 99kg = 76, je réponds « Oui »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui : taille en cm et poids : en kg
	b) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle supérieure ou égale à 120 ? (ex. 175 cm - 90 kg = 85, je réponds « Non » 175 cm - 50 kg = 125, je réponds « Oui »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2	a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux ou quelle catégorie : Quel est l'organisme qui vous verse la prestation :
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années* ? <small>*Si vous avez été atteint d'un cancer, vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :

ASSURÉ(E) 1 NOM :			PRÉNOM :			DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux :					
	4	Avez-vous eu un accident au cours des 10 dernières années ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : *Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident				
5	a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :					
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :					
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris les séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés					
7	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) et/ou respiratoires (EFR, spirométrie, polysomnographie), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Raison : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés					
Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :								
8	a) Respiratoire : D'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire, syndrome d'apnée du sommeil ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
	b) Cardio-vasculaire : D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Votre tension artérielle actuelle : (Systolique/Diastolique)					
	c) Ophthalmologique / ORL : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophtalmologique, ORL ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : Gauche : *Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.					
	d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
	e) Articulaire : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une ménisectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
	f) Digestive : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
	g) Neuro-musculaire : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle épinière, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

ASSURÉ(E) 1 NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<p>h) Cancer* : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'une maladie de la moelle osseuse, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ? *Si vous avez été atteint d'un cancer, vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>i) Endocrino-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>k) Génitale : D'endométriase, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>l) Nerveuse : De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de névrose, de burn out, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>m) Autres Maladies : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous prévu un ou des séjours en milieu hospitalier ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature de l'hospitalisation :
<p>10 Etes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	La nature de(s) examen(s) :
<p>11 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.

Si vous avez répondu oui à l'une des questions, merci d'apporter les précisions demandées et de joindre les copies de votre dernier bilan de surveillance (bilan biologique, compte-rendu de radiographie, IRM, scanner, échographie, coloscopie...), les copies des comptes-rendus : opératoire(s), histologique(s), d'hospitalisation(s), les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

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

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'information sur le « droit à l'oubli », joint à ma demande d'adhésion, avant de répondre aux questions ci-dessus.

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.

Fait à

le

La signature de l'Assuré 1



Ce questionnaire de santé est valable 6 mois.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

À COMPLÉTER UNIQUEMENT EN CAS DE DÉCLARATION PAR PAPIER.

SI VOUS CHOISISSEZ LA DÉCLARATION PAR TÉLÉPHONE, VOUS NE DEVEZ PAS COMPLÉTER CE DOCUMENT NI LA DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ. POUR EN SAVOIR PLUS SUR CE SERVICE, RAPPROCHEZ-VOUS DE VOTRE ASSUREUR-CONSEIL.





QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURANCE DE PRÊT APRIL

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 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 :

QUESTIONS RELATIVES À VOS HABITUDES DE VIE

		SI OUI, MERCI DE PRÉCISER IMPÉRATIVEMENT :
1	A quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique de plus de 30 minutes consécutives? <i>On entend par activité physique tous mouvements actifs du corps dont le jogging, la marche à pied, un sport.</i>	<input type="checkbox"/> moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine <input type="checkbox"/> entre 2 et 5 fois par semaine <input type="checkbox"/> plus de 5 fois par semaine
2	Pour vos trajets professionnels (aller/retour), quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous principalement et, en moyenne, quel temps y passez-vous ? <i>Plusieurs moyens de transport peuvent être sélectionnés.</i>	TRANSPORT EN COMMUN ET/OU À PIED : <input type="checkbox"/> moins de 1 heure par jour <input type="checkbox"/> entre 1 et 2 heures par jour <input type="checkbox"/> plus de 2 heures par jour
		VOITURE : <input type="checkbox"/> moins de 1 heure par jour <input type="checkbox"/> entre 1 et 2 heures par jour <input type="checkbox"/> plus de 2 heures par jour
		2 ROUES (À MOTEUR OU NON) : <input type="checkbox"/> moins de 1 heure par jour <input type="checkbox"/> entre 1 et 2 heures par jour <input type="checkbox"/> plus de 2 heures par jour
		<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ SI VOUS N'UTILISEZ PAS DE MOYEN DE TRANSPORT (INACTIF OU TRAVAIL À DOMICILE)
3	A quelle fréquence mangez-vous rapidement (en moins de 30 minutes) ? <i>On entend par mangez-vous rapidement, toutes les restaurations rapides comme le temps consacré au repas.</i>	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine maximum <input type="checkbox"/> entre 2 et 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> plus de 3 fois par semaine
4	En moyenne, quelle quantité d'eau buvez-vous (plate et/ou gazeuse) ? <i>La consommation de café, thé, eau aromatisée, sirop, etc ne rentre pas dans le calcul.</i>	<input type="checkbox"/> moins d'un 1/2 litre par jour <input type="checkbox"/> entre 1/2 et 1 litre par jour <input type="checkbox"/> entre 1 et 2 litres par jour <input type="checkbox"/> plus de 2 litres par jour
5	A quelle fréquence réalisez-vous des actes de prévention médicale ? <i>On entend par actes de prévention médicale, les visites annuelles chez le dermatologue, ophtalmologue.., check up, vaccins, bilan biologique dont le dosage des PSA chez les hommes, les mammographies..</i>	<input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les 3 ans <input type="checkbox"/> tous les 5 ans <input type="checkbox"/> jamais
6	Pour vous les médecines douces telles que ostéopathie, homéopathie, phytothérapie, acupuncture, chiropractie, sophrologie sont-elles ?	<input type="checkbox"/> inutiles <input type="checkbox"/> complémentaires <input type="checkbox"/> nécessaires <input type="checkbox"/> indispensables
7	De manière générale, comment estimez-vous la qualité de votre sommeil ? <i>Sur une échelle de 1 à 10 (10 = le plus haut)</i>	<input type="checkbox"/> De 0 à 3 <input type="checkbox"/> de 4 à 5 <input type="checkbox"/> de 6 à 7 <input type="checkbox"/> 8 et plus
8	De manière générale, à combien estimez-vous votre niveau de stress ? <i>Sur une échelle de 1 à 10 (10 = le plus haut)</i>	<input type="checkbox"/> De 0 à 3 <input type="checkbox"/> de 4 à 5 <input type="checkbox"/> de 6 à 7 <input type="checkbox"/> 8 et plus

QUESTIONS RELATIVES À VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

1	a) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle inférieure ou égale à 80 ? (ex. 175 cm - 83 kg = 92, je réponds « Non » 175cm - 99kg = 76, je réponds « Oui »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui : taille en cm et poids : en kg
	b) La différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est-elle supérieure ou égale à 120 ? (ex. 175 cm - 90 kg = 85, je réponds « Non » 175 cm - 50 kg = 125, je réponds « Oui »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2	a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Depuis quand :
	b) Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours consécutifs au cours des 10 dernières années sur prescription médicale, pour raison de santé (hors congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez pour chacun des arrêts : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux ou quelle catégorie : Quel est l'organisme qui vous verse la prestation :
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années* ? <small>*Si vous avez été atteint d'un cancer, vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :

ASSURÉ(E) 2 NOM :		PRÉNOM :	DATE DE NAISSANCE : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Etes-vous titulaire de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Depuis quelle date : <input type="text"/> Pourquoi : A quel taux :
4	Avez-vous eu un accident au cours des 10 dernières années ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : *Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident
5	a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : Lequel : Pourquoi : Quand (mois/année) :/..... Durée :
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris les séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médico-chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Durée du séjour : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
7	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) et/ou respiratoires (EFR, spirométrie, polysomnographie), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez (*) : Date : <input type="text"/> Raison : Résultats : *Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés
Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :			
8	a) Respiratoire : D'asthme, de tuberculose, d'embolie pulmonaire, de bronchite chronique, d'emphysème, d'insuffisance respiratoire, syndrome d'apnée du sommeil ou de toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>
	b) Cardio-vasculaire : D'hypertension artérielle, d'artérite, d'un infarctus, de trouble du rythme, d'angine de poitrine, d'une malformation cardiaque, d'une cardiopathie, d'artériopathie, de phlébite ou de toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> Votre tension artérielle actuelle : (Systolique/Diastolique)
	c) Ophthalmologique / ORL : D'une cécité (même unilatérale), d'un glaucome, d'une dégénérescence maculaire, d'une surdité (même unilatérale), d'acouphènes, de vertiges de Ménière, ou de toute autre affection ophthalmologique, ORL ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : Gauche : *Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
	d) Dermatologique : D'eczéma, de psoriasis, d'un purpura, d'herpès, de kystes, de naevus ou de toute autre affection dermatologique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>
	e) Articulaire : D'une hernie discale, de lombalgie, de cervicalgie, de sciatique, d'un lumbago, d'une ménisectomie, d'une ligamentoplastie, d'arthrose, de polyarthrite, d'une coxarthrose, d'ostéoporose, d'un lupus ou de toute autre affection des os ou articulations ou de maladies auto-immunes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Localisation précise (exemple : épaule, genou) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>
	f) Digestive : De la maladie de Crohn, d'un ulcère gastrique, de polypes, d'un reflux gastro-œsophagien, de diverticules, de hernie, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum ou de toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>
g) Neuro-musculaire : D'une épilepsie, de myopathie, de méningite, d'une sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de vertiges, de paralysie, de la maladie d'Alzheimer, d'une neuropathie, d'anomalie de la moelle épinière, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident ischémique transitoire ou de toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>	

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

<p>h) Cancer* : D'une leucémie, d'une maladie de Hodgkin, d'une maladie de la moelle osseuse, d'un lymphome, de tumeur bénigne et/ ou maligne ou de toute autre affection cancéreuse ? *Si vous avez été atteint d'un cancer, vous bénéficiez, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et donc de répondre NON à cette question. Pour vérifier si vous remplissez les conditions requises, nous vous invitons à consulter le Document d'information sur le « droit à l'oubli » joint à votre demande d'adhésion.</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>i) Endocrino-métabolique : De la thyroïde, de l'hypophyse, de diabète, d'élévation du taux de cholestérol, des triglycérides, d'acide urique, ou de toute autre affection du système endocrinien ou métabolique?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>j) Urino-rénale : Des voies urinaires, de coliques néphrétiques, d'insuffisance rénale, de pyélonéphrite, de protéinurie, ou de toute autre affection du système urinaire et rénal?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>k) Génitale : D'endométriase, d'une prostatite, d'adénome, de fibrome, ou de toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>l) Nerveuse : De dépression, de troubles névrotiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de spasmophilie, de stress, d'anxiété, de névrose, de burn out, de psychose, de fibromyalgie, de troubles alimentaires, de tentatives de suicide ou de toute autre affection psychique ou psychiatrique ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>m) Autres Maladies : D'une hépatite, de paludisme, d'anémie, de trouble de la coagulation, ou de toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom de la(des) maladie(s) : Nature du traitement : Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous prévu un ou des séjours en milieu hospitalier ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Début : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature de l'hospitalisation :</p>
<p>10 Etes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>La nature de(s) examen(s) :</p>
<p>11 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.</p>

Si vous avez répondu oui à l'une des questions, merci d'apporter les précisions demandées et de joindre les copies de votre dernier bilan de surveillance (bilan biologique, compte-rendu de radiographie, IRM, scanner, échographie, coloscopie...), les copies des comptes-rendus : opératoire(s), histologique(s), d'hospitalisation(s), les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

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


Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'information sur le « droit à l'oubli », joint à ma demande d'adhésion, avant de répondre aux questions ci-dessus.

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.

Fait à

le

La signature de l'Assuré 2



Ce questionnaire de santé est valable 6 mois.