



DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Pour les assurés jusqu'à 45 ans* souscrivant un capital maximum de 300 000 €

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 :

1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours 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	Êtes-vous titulaire : - d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? - de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
4	Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : 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 ? Et/ou avez-vous ou avez-vous eu une prise en charge chirurgicale 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, 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											
	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	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	

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

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

Fait à

Le

La signature de l'Assuré 1



Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature

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

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

april | santé prévoyance

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

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orient.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 PREVOIR - Vie et PREVOIR - Risques Divers (Assurance de prêt APRIL) et ACE Group (Garantie Chômage).



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



DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Pour les assurés jusqu'à 45 ans* souscrivant un capital maximum de 300 000 €

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 :

1	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours 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	Êtes-vous titulaire : - d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? - de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
4	Suivez vous actuellement ou vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical (exemple : 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 ? Et/ou avez-vous ou avez-vous eu une prise en charge chirurgicale 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, 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											
	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	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	

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

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

Fait à

Le

La signature de l'Assuré 2



Cette déclaration est valable 4 mois à compter de sa signature

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

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

april | santé prévoyance

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

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orient.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 PREVOIR - Vie et PREVOIR - Risques
Divers (Assurance de prêt APRIL) et ACE Group (Garantie Chômage).



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