

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Etes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance ? Oui Non

Réf. produit : 4010 3030 2020 1515 0808

fax transmis le : _____ n° adhérent : _____ n° de l'assureur-conseil : **74106**

Adhérent : (si différent de l'Assuré 1)

Raison sociale / Nom : HOULLIER REGIS

Adresse : 88, rue J. JAURES Code Postal : 80470 Ville : DREUIL LES AMIENS

Pour les professionnels, l'adhérent est obligatoirement la société (SARL...) ou l'entrepreneur individuel (profession libérale, artisan, commerçant...)

Je souhaite recevoir mon attestation de paiement à la période de mon bilan comptable soit du _____ au _____

<p>ASSURÉ 1 : M. <input checked="" type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : <u>HOULLIER</u></p> <p>Prénom : <u>REGIS</u></p> <p>Date de naissance : <u>20 06 1961</u></p> <p>Profession exacte : <u>GERANT</u></p> <p>Secteur d'activité : <u>INDUSTRIE</u></p> <p>Statut :</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Non Cadre / Fonctionnaire</p> <p><input type="checkbox"/> Commerçant / Artisan</p> <p><input type="checkbox"/> Exploitant Agricole</p> <p><input type="checkbox"/> Intérimaire / Saisonnier</p> <p><input type="checkbox"/> Sans profession</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité Non Cadre / Non profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p>Nombre de kilomètres professionnels/an⁽¹⁾ :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> - 20 000 km/an <input type="checkbox"/> + 20 000 km/an</p> <p>Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?⁽²⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Travail ou déplacement(s) à l'étranger pour raisons professionnelles (hors UE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle Zélande)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, pays : _____</p>	<p>ASSURÉ 2 : M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>Profession exacte : _____</p> <p>Secteur d'activité : _____</p> <p>Statut :</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A</p> <p><input type="checkbox"/> Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Non Cadre / Fonctionnaire</p> <p><input type="checkbox"/> Commerçant / Artisan</p> <p><input type="checkbox"/> Exploitant Agricole</p> <p><input type="checkbox"/> Intérimaire / Saisonnier</p> <p><input type="checkbox"/> Sans profession</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité Non Cadre / Non profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p>Nombre de kilomètres professionnels/an⁽¹⁾ :</p> <p><input type="checkbox"/> - 20 000 km/an <input type="checkbox"/> + 20 000 km/an</p> <p>Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?⁽²⁾</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Travail ou déplacement(s) à l'étranger pour raisons professionnelles (hors UE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle Zélande)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, pays : _____</p>
---	---

(1) En véhicule terrestre à moteur, hors trajet domicile/travail.

(2) Toutes activités quotidiennes de manipulation et/ou de déplacement d'objets/marchandises de plus de 15 kg.

Adresse actuelle : 88, Rue Jean JAURES

Code Postal : 80470 Ville : DREUIL LES AMIENS Pays : FRANCE

Email Assuré 1⁽³⁾ : Regis.houllier@wanadoo.fr

Email Assuré 2⁽³⁾ : _____

Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 1 : 06 89 59 13 19 Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 2 : _____

Adresse future : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____ Date prévue de déménagement : _____

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



Exemplaire Assuré

	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	
Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Pratiquez-vous l'un des sports de la liste spécifique (page 5), en tant que membre d'une fédération ou d'un club et/ou en compétition ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, le(s)quel(s) : Assuré 1 :
Souhaitez-vous être garanti(e) pour ce(s) sport(s) ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Assuré 2 :

Caractéristique(s) de l'Assurance : Date de début de l'assurance (date de signature de l'offre de prêt) :

Organisme prêteur - Raison sociale/Nom : LCL

Adresse : 23, Rue des 3 cailloux

Code Postal : 80000 Ville : AMIENS Téléphone : 03 22 97 66 64 Fax :

Email :

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

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone : Fax :

Email :

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

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

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Date de déblocage des fonds	Taux d'intérêt
1	<u>70000</u> €	<input checked="" type="radio"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="radio"/> Prêt à paliers* <input type="radio"/> Relais <input type="radio"/> In fine <input type="radio"/> Autre* :	<u>84</u> mois dont mois de différé	.....	<u>2,85</u> % <input checked="" type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> Variable
2 €	<input type="radio"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="radio"/> Prêt à paliers* <input type="radio"/> Relais <input type="radio"/> In fine <input type="radio"/> Autre* : .....	..... mois dont mois de différé % <input type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> Variable
3 €	<input type="radio"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="radio"/> Prêt à paliers* <input type="radio"/> Relais <input type="radio"/> In fine <input type="radio"/> Autre* : .....	..... mois dont mois de différé % <input type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> Variable

Pour les prêts à paliers	Prêt 1		Prêt 2		Prêt 3	
	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers
1 ^{er} palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
2 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
3 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
4 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois

*Pour éviter toute erreur de cotisation pour les prêts à paliers, les prêts à taux zéro et les prêts de type « autre », joindre une copie du tableau d'amortissement ou du projet de financement.

Vos garanties et vos cotisations	ASSURÉ 1			ASSURÉ 2		
	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
Décès/PTIA (DC/D1) (Garantie obligatoire)	<u>100</u> % % % % % %
ITT/PT (AT/A1)	<u>100</u> % 03 <input type="radio"/> 30 j 02 <input type="radio"/> 60 j 01 <input checked="" type="radio"/> 90 j 04 <input type="radio"/> 180 j	..... % 03 <input type="radio"/> 30 j 02 <input type="radio"/> 60 j 01 <input type="radio"/> 90 j 04 <input type="radio"/> 180 j	..... % 03 <input type="radio"/> 30 j 02 <input type="radio"/> 60 j 01 <input type="radio"/> 90 j 04 <input type="radio"/> 180 j	..... % 03 <input type="radio"/> 30 j 02 <input type="radio"/> 60 j 01 <input type="radio"/> 90 j 04 <input type="radio"/> 180 j	..... % 03 <input type="radio"/> 30 j 02 <input type="radio"/> 60 j 01 <input type="radio"/> 90 j 04 <input type="radio"/> 180 j	..... % 03 <input type="radio"/> 30 j 02 <input type="radio"/> 60 j 01 <input type="radio"/> 90 j 04 <input type="radio"/> 180 j
Option Confort (AT/A1 - niveau 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Option Confort + (AT/A1 - niveau 3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IPP (IL/L1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Invalidité Spéciale Professions Médicales (IP/P1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantie Chômage (CH)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Pour adhérer à cette garantie il est nécessaire de compléter l'attestation en annexe.

Montant total de la cotisation indiqué sur votre étude personnalisée : 2.051,08 € TTC (sous réserve d'acceptation par APRIL Santé Prévoyance)



Important Bordereau d'autorisation de prélèvementn° de l'assureur-conseil : **74106**Nom et prénom de l'adhérent principal : **HOULLIER REGIS****Autorisation de prélèvement**

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Le créancier : **APRIL Santé Prévoyance** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

A compléter obligatoirement		Le débiteur
Nom : HOULLIER		
Prénom : REGIS		
Adresse : 88, Rue J. Jaurès		
Code Postal : 80470	Signature : 	
Ville : DREUIL		
Date : 28/12/12		

Codes		Le compte à débiter	
Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
05000	05000	00009034123	3530002
L'Etablissement teneur du compte à débiter			
Nom : LCL			
Adresse : 23, Rue des 3 Cailloux.			
Code Postal : 80000		Ville : AMIENS	

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) (agrafé au dos)

Paiement par prélèvement automatique	Périodicité : <input checked="" type="radio"/> Mensuelle* <input type="radio"/> Trimestrielle* <input type="radio"/> Semestrielle* <input type="radio"/> Annuelle	* 16 € minimum
Indiquez le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1 ^{er} et le 10 du mois : 05		
Cotisation associative (applicable à partir du 1 ^{er} janvier 2013) : 0,80 €/mois*		
Frais de dossier : 20 € (Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance)		

* Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'association des assurés d'APRIL.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de PREVOIR Vie et PREVOIR Risques Divers pour les garanties Assurance de prêt APRIL et d'ACE European Group Limited pour la Garantie Chômage. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL (www.associationdesassuresapril.fr).

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant notice d'information, référencées PRT 11-06/11 pour les garanties d'Assurance de Prêt APRIL, GCH 11-06/11 pour la Garantie Chômage, de mes garanties, des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en acceptant les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Santé Prévoyance et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03. Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits d'APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée. Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs, tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à en connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout autre organisme professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors Union Européenne.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance peuvent faire l'objet d'un enregistrement pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de 2 mois.

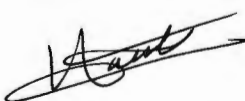
Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association des Assurés d'APRIL.

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Fait à **Dreuil** le **28/12/12**


La signature de l'Adhérent (si différent de l'assuré 1) précédée de la mention "lu et approuvé"

lu et approuvé



La signature de l'Assuré 1 précédée de la mention "lu et approuvé"

lu et approuvé



La signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"

Cachet et visa de l'assureur-conseil

April Santé Prévoyance
114 BD Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Tél : 04 26 10 65 08
Email : stephane.curat@april.com

TOUTE DEMANDE D'ADHÉSION REÇUE NON DATEE, NON SIGNÉE OU SANS DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ OU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ NE POURRA ÊTRE ÉTUDIÉE.

RIB

 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ				
Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, prélèvements, etc.). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.				
Banque	Indicatif	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation
30002	05000	0000903412B	35	CL AMIENS BP (08101)
IDENTIFICATION INTERNATIONALE :				
IBAN FR95 3000 2050 0000 0090 3412 B35 Code B.I.C. CRLYFRPP				
TITULAIRE DU COMPTE : MR OU MME REGIS HOULLIER				

 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ				
Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, prélèvements, etc.). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.				
Banque	Indicatif	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation
30002	05000	0000903412B	35	CL AMIENS BP (08101)
IDENTIFICATION INTERNATIONALE :				
IBAN FR95 3000 2050 0000 0090 3412 B35 Code B.I.C. CRLYFRPP				
TITULAIRE DU COMPTE : MR OU MME REGIS HOULLIER				

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**


Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais. **Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL 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) I NOM : <u>Houllier</u> PRÉNOM : <u>REGIS</u> DATE DE NAISSANCE : <u>29/06/1961</u>	
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, accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire de moins d'un an, infarctus du myocarde de moins d'un an, sida déclaré ou une sérologie positive, hépatites C, ne sont pas couvertes par le contrat Assurance de Prêt APRIL et doivent remplir une demande de tarification Assurance de Prêt Solutions.	
1	Taille : <u>1,72</u> cm Poids : <u>77</u> kg
a)	Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel (hors congés légaux pour maternité) ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Motif : Début :
2	b) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives (hors congés légaux pour maternité) ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Motif : Début : Fin :
	c) Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Motif : Début : Fin : Localisation ou nom de la maladie : Pourcentage incapacité permanente ou invalidité : %
3	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Maladie(s) : Traitement(s) : Début :
4	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Date : 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 médicamenteux, sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin : Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre maladie.
	b) Avez-vous une prise en charge médicale (exemples : kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin : Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre maladie.
	c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi pendant plus de 2 semaines consécutives un traitement médicamenteux, sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin : Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre maladie.
	d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu une prise en charge médicale (exemples : kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin : Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre maladie.
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait des séjours (y compris des séjours de moins de 24 heures) en milieu hospitalier, psychiatrique ou assimilé, pour opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), examens, traitements, convalescence, cure de désintoxication, ou de rééducation (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dent de sagesse, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, vésicule biliaire, hémorroïdes, hernie inguinale) ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Date : Raison : Durée du séjour : Résultats :
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), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Raison : Résultats :
8	Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une maladie : a) Respiratoire : asthme, tuberculose, embolie pulmonaire, bronchite chronique, emphyseme, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :

ASSURÉ(E) 1 NOM : <u>Hovellin</u>		PRÉNOM : <u>Régis</u>
b) Cardio-vasculaire : hypertension artérielle, artérite, infarctus, trouble du rythme, angine de poitrine, malformation cardiaque, cardiopathie, artériopathie, phlébite ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin : Votre tension artérielle actuelle :
c) Ophtalmologique / ORL : cécité (même unilatérale), glaucome, dégénérescence maculaire, surdité (même unilatérale), acouphènes, vertiges de Ménière, ou toute autre affection ophtalmologique, ORL ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin : Pour les yeux, indiquez la correction : Droite : Gauche : Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.
d) Dermatologique : eczéma, psoriasis, purpura, herpès, kystes, naevus ou toute autre affection dermatologique ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :
e) Articulaires : hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique, lumbago, ménisectomie, ligamentoplastie, arthrose, polyarthrite, coxarthrose, ostéoporose, lupus ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie(s) : <u>HERNIE DISCALE</u> Traitement(s) : <u>OPERATION</u> Localisation précise (exemple : épaule, genou) : <u>L5 S1</u> Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input checked="" type="radio"/> Lombaire <input type="radio"/> Sacré Début : <u>20062005</u> Fin : <u>27062005</u>
f) Digestive : maladie de Crohn, ulcère gastrique, polypes, reflux gastro-œsophagien, diverticules, hernie, foie, pancréas, vésicule biliaire, œsophage, estomac, intestin, colon ou rectum ou toute autre affection de l'appareil digestif ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :
g) Neuro-musculaire : épilepsie, myopathie, méningite, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, vertiges, paralysie, maladie d'Alzheimer, neuropathie, anomalie de la moelle osseuse, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :
h) Cancer : leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :
i) Endocrinio-métabolique : thyroïde, hypophyse, diabète, élévation du taux de cholestérol, triglycérides, acide urique, ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :
j) Urino-rénale : voies urinaires, coliques néphrétiques, insuffisance rénale, pyélonéphrite, protéinurie ou toute autre affection du système urinaire et rénal ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :
k) Génitale : endométriose, prostatite, adénome, fibrome ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :
l) Nerveuse : dépression, troubles névrotiques, troubles obsessionnels compulsifs, spasmophilie, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires, tentatives de suicide ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :
m) Autres Maladies : hépatite, paludisme, anémie, trouble de la coagulation ou toute autre maladie infectieuse, virale, parasitaire ou hématologique ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : Fin :
9 Dans les 6 prochains mois, avez-vous des séjours en milieu hospitalier prévus ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	Début : Fin : Nature de l'hospitalisation :
10 Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste (hors suivi normal de grossesse) ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	La nature de(s) examen(s) :
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 ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> 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, les copies des comptes-rendus de consultations spécialisées (visite(s) chez le(s) spécialiste(s)).

Fait à Dreuil

Le 27 12 2012
La signature de l'Assuré 1

Ce questionnaire de santé est valable 4 mois.

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 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.