

# 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?<br><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<br><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 ?<br><i>Plusieurs moyens de transport peuvent être sélectionnés.</i>   | <b>TRANSPORT EN COMMUN ET/OU À PIED :</b><br><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                  |
|   |  | <b>VOITURE :</b><br><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   |
|   |  | <b>2 ROUES (À MOTEUR OU NON) :</b><br><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"/> <b>NON CONCERNÉ SI VOUS N'UTILISEZ PAS DE MOYEN DE TRANSPORT (INACTIF OU TRAVAIL À DOMICILE)</b>   |
| 3 | A quelle fréquence mangez-vous rapidement (en moins de 30 minutes) ?<br><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<br><input type="checkbox"/> plus de 3 fois par semaine                         |
| 4 | En moyenne, quelle quantité d'eau buvez-vous (plate et/ou gazeuse) ?<br><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<br><input type="checkbox"/> plus de 2 litres par jour |
| 5 | A quelle fréquence réalisez-vous des actes de prévention médicale ?<br><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 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 ?<br><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 ?<br><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 ?<br>(ex. 175 cm - 83 kg = 92, je réponds « Non »<br>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 ?<br>(ex. 175 cm - 90 kg = 85, je réponds « Non »<br>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 :<br>Pourquoi : .....<br>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 :<br>Pourquoi : .....<br>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 :<br>Depuis quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Pourquoi : .....<br>A quel taux ou quelle catégorie : .....<br>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* ?<br><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 :<br>Pourquoi : .....<br>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 :<br>Depuis quelle date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Pourquoi : .....<br>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 (*) :<br>Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : .....<br>*Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident |  |   |  |  |
| 5  | a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, <b>sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?</b>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                | Si oui, précisez :<br>Lequel : .....<br>Pourquoi : .....<br>Quand (mois/année) : ...../..... Durée : .....  |  |  |   |  |  |
|  | b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours <b>au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?</b>  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                | Si oui, précisez :<br>Lequel : .....<br>Pourquoi : .....<br>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 ( <b>sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale</b> ) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                | Si oui, précisez (*) :<br>Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Raison : .....<br>Durée du séjour : .....<br>Résultats : .....<br>*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), <b>hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?</b>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                | Si oui, précisez (*) :<br>Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Raison : .....<br>Résultats : .....<br>*Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés  |  |  |   |  |  |
| <b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :</b> |   |  |   |  |  |   |  |  |
| 8  | a) <b>Respiratoire</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>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) <b>Cardio-vasculaire</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>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"/><br>Votre tension artérielle actuelle : ..... (Systolique/Diastolique)  |  |  |   |  |  |
|  | c) <b>Ophtalmologique / ORL</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>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"/><br>Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : ..... Gauche : .....<br>*Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.  |  |  |   |  |  |
|  | d) <b>Dermatologique</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>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) <b>Articulaire</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>Localisation précise (exemple : épaule, genou) : .....<br>Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés :<br><input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré<br>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) <b>Digestive</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>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) <b>Neuro-musculaire</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>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 :

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>h) Cancer*</b> : 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 ?<br/>                 *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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>i) Endocrino-métabolique</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>j) Urino-rénale</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>k) Génitale</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>l) Nerveuse</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>m) Autres Maladies</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>9</b> 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"/><br/>                 Nature de l'hospitalisation : .....</p>   |
| <p><b>10</b> 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><b>11</b> 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><b>Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.</b></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 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?<br><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<br><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 ?<br><i>Plusieurs moyens de transport peuvent être sélectionnés.</i>   | <b>TRANSPORT EN COMMUN ET/OU À PIED :</b><br><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                  |
|   |  | <b>VOITURE :</b><br><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   |
|   |  | <b>2 ROUES (À MOTEUR OU NON) :</b><br><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"/> <b>NON CONCERNÉ SI VOUS N'UTILISEZ PAS DE MOYEN DE TRANSPORT (INACTIF OU TRAVAIL À DOMICILE)</b>   |
| 3 | A quelle fréquence mangez-vous rapidement (en moins de 30 minutes) ?<br><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<br><input type="checkbox"/> plus de 3 fois par semaine                         |
| 4 | En moyenne, quelle quantité d'eau buvez-vous (plate et/ou gazeuse) ?<br><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<br><input type="checkbox"/> plus de 2 litres par jour |
| 5 | A quelle fréquence réalisez-vous des actes de prévention médicale ?<br><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 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 ?<br><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 ?<br><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 ?<br>(ex. 175 cm - 83 kg = 92, je réponds « Non »<br>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 ?<br>(ex. 175 cm - 90 kg = 85, je réponds « Non »<br>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 :<br>Pourquoi : .....<br>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 :<br>Pourquoi : .....<br>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 :<br>Depuis quelle date : <input type="text"/><br>Pourquoi : .....<br>A quel taux ou quelle catégorie : .....<br>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* ?<br><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 :<br>Pourquoi : .....<br>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 :<br>Depuis quelle date : <input type="text"/><br>Pourquoi : .....<br>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 (*) :<br>Date : <input type="text"/><br>La localisation des séquelles (exemple : épaule, genou) : .....<br>*Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident   |
| 5  | a) Suivez-vous actuellement un traitement médical, <b>sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?</b>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez :<br>Lequel : .....<br>Pourquoi : .....<br>Quand (mois/année) : ...../..... Durée : .....  |
|  | b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours <b>au cours des 5 dernières années, sauf pour contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites ?</b>  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez :<br>Lequel : .....<br>Pourquoi : .....<br>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 ( <b>sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dents de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes, hernie inguinale</b> ) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez (*) :<br>Date : <input type="text"/><br>Raison : .....<br>Durée du séjour : .....<br>Résultats : .....<br>*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), <b>hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?</b>   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, précisez (*) :<br>Date : <input type="text"/><br>Raison : .....<br>Résultats : .....<br>*Merci de fournir la copie des examens et comptes rendus réalisés   |
| <b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années d'une (des) maladie(s) :</b> |   |   |   |
| 8  | a) <b>Respiratoire</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>  |
|  | b) <b>Cardio-vasculaire</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/><br>Votre tension artérielle actuelle : ..... (Systolique/Diastolique)  |
|  | c) <b>Ophtalmologique / ORL</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/><br>Pour les yeux, indiquez la correction* : Droite : ..... Gauche : .....<br>*Merci de joindre la copie de la dernière ordonnance de votre ophtalmologue.  |
|  | d) <b>Dermatologique</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>  |
|  | e) <b>Articulaire</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>Localisation précise (exemple : épaule, genou) : .....<br>Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés :<br><input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacré<br>Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/> |
|  | f) <b>Digestive</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>  |
|  | g) <b>Neuro-musculaire</b> : 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) : .....<br>Nature du traitement : .....<br>Début : <input type="text"/> Fin : <input type="text"/>  |

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

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>h) Cancer*</b> : 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 ?<br/>                 *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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>i) Endocrino-métabolique</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>j) Urino-rénale</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>k) Génitale</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>l) Nerveuse</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>m) Autres Maladies</b> : 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) : .....<br/>                 Nature du traitement : .....<br/>                 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> |
| <p><b>9</b> 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"/><br/>                 Nature de l'hospitalisation : .....</p>   |
| <p><b>10</b> 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><b>11</b> 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><b>Vous devez répondre « Oui » à cette question seulement si le résultat du test est positif.</b></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.