

H A B I T A T

Assurance de Prêt



AdP Master 3

Particulier ou chef d'entreprise

L'assurance sécurité des investissements élevés

Demande d'Adhésion - 2007

- Pour les emprunts de 310 001 € à 7 600 000 €
- Adhésion possible jusqu'à 65 ans en Décès/PTIA
- Avantage tarifaire pour les non-fumeurs
- Services "Confiance" : assistance travaux, déménagement et télésurveillance

Caractéristiques du (des) prêt(s) :

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Date de déblocage des fonds	Taux d'intérêt
1	_____ €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____ mois dont _____ mois de différé	_____	_____ % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
2	_____ €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____ mois dont _____ mois de différé	_____	_____ % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
3	_____ €	<input type="checkbox"/> Amortissable <input type="checkbox"/> In-fine <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____ mois dont _____ mois de différé	_____	_____ % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable



Pour les prêts de type "autre" (en particulier : prêt à déblocages successifs, à paliers, à intérêts capitalisés, à mensualités non constantes, modulable, Europlan, crédit bail...), merci de fournir une copie du tableau d'amortissement, ou à défaut une copie de l'offre de prêt.

Prêteur : _____ Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ 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 du prêteur et préciser la clause bénéficiaire (exemple mis à disposition sur Intrapril) :

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

(Si non connue, la fixer une quinzaine de jours avant la date présumée de l'offre de prêt).

Assuré 1

	Taux de couverture DC/PTIA (DC/NF)	Taux de couverture (1) <input type="checkbox"/> ITT/IPT (AT) ou <input type="checkbox"/> IPT seule (IT)	Franchise ITT/IPT (AT)	Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (2)	Option Spéciale Professions Médicales (IP)
Emprunt 1	_____ %	_____ %	01 <input type="checkbox"/> 90j	_____ € TTC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Emprunt 2	_____ %	_____ %	04 <input type="checkbox"/> 180j	_____ € TTC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Emprunt 3	_____ %	_____ %		_____ € TTC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Assuré 2

	Taux de couverture DC/PTIA (DC/NF)	Taux de couverture (1) <input type="checkbox"/> ITT/IPT (AT) ou <input type="checkbox"/> IPT seule (IT)	Franchise ITT/IPT (AT)	Montant global de la cotisation par prêt indiqué sur l'étude personnalisée (2)	Option Spéciale Professions Médicales (IP)
Emprunt 1	_____ %	_____ %	01 <input type="checkbox"/> 90j	_____ € TTC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Emprunt 2	_____ %	_____ %	04 <input type="checkbox"/> 180j	_____ € TTC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Emprunt 3	_____ %	_____ %		_____ € TTC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Je fais d'autres emprunts : je remplis la fiche "Prêts supplémentaires".

(1) Option ITT/IPT impossible : - dans la limite des taux de couverture DC/PTIA et d'une mensualité de 7 600 €,
- si différé de remboursement de plus de 36 mois,
- si résidence dans les DOM-TOM et Corse.

(2) Indiqué sur votre étude personnalisée.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA prévoyance pour les garanties Assurance de prêt.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant note d'information, référencées PRM3 06-09/06, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances.

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 Assurances 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 Assurances - 27 rue Maurice Flandin, 69003 Lyon.

APRIL Assurances pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances 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 Assurances (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de 2 mois.

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

Fait à _____ Date _____

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

X

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

X

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

X

Questionnaire de santé

L'assurance sécurité des investissements élevés

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 sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances
27 rue Maurice Flandin BP 3261, 69403 Lyon Cedex 03.

Assuré 1		Nom :	Prénom :
Je déclare être informé(e) que les personnes atteintes d'une des maladies ou affections suivantes : diabète insulino-dépendant, sclérose en plaques, cancer de moins de 5 ans, transplantation d'organes, hémophilie, maladie génétique, que les personnes ayant subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif, ne sont pas couvertes par ADP Master 3 et doivent souscrire une ASSURANCE DE PRET Solution.			
1	Poids :	Taille :	
2	Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
3	Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une affection, d'une maladie chronique ou récidivante, d'une infirmité ou de séquelles (accident ou maladie) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Type de maladie ou d'affection : Quand : Durée :
4	a- Etes-vous actuellement en Arrêt de Travail suite à accident ou maladie (sauf congés légaux de maternité) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Depuis quand :
	b- Avez-vous été en Arrêt de Travail de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Date Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	c- Bénéficiez-vous d'un aménagement de votre temps et/ou des conditions de travail pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif :
5	Avez-vous été opéré ou hospitalisé au cours des 10 dernières années (sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVG) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Quand : Durée de l'hospitalisation :
6	Avez-vous ou avez-vous eu des maladies rhumatismales, des affections disco-vertébrales ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquelles : Siège des lésions : Depuis quand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Avez-vous eu des lésions articulaires, musculaires ou ligamentaires au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquelles : Siège des lésions : Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motifs : Le(s)quel(s) : Depuis quand : Durée du traitement : *Si oui, tension artérielle :
	- une affection cancéreuse,	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection neurologique (ex : épilepsie,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection psychiatrique (ex : dépression nerveuse,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection métabolique (ex : cholestérol, triglycérides, diabète,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection pulmonaire (ex : asthme,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection rhumatismale (ex : lumbago, sciatique,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection endocrinienne (ex : thyroïde,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- toute autre maladie avec traitement supérieur à un mois (ex : affection rénale, urinaire, génitale, hépatique, maladies infectieuses,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
- ou une affection cardiaque ou vasculaire (ex : hypertension artérielle,...).	<input type="checkbox"/> *oui <input type="checkbox"/> non		
9	a- Etes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale suivie ? (hors médecine du travail et suivi systématique en période de grossesse)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pourquoi : Depuis quand :
	b- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Résultat :
	c- Au cours des 12 prochains mois, avez-vous prévu de faire des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif :
10	Avez-vous une maladie des yeux, une myopie forte (après correction, moins de 8/10 ^{ème}), une cécité même unilatérale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Traitement : Pour troubles de la vision, précisez l'acuité visuelle après correction : OD : OG :
11	Pratiquez-vous une activité aérienne ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Laquelle : Souhaitez-vous être garanti pour cette activité : <input type="checkbox"/> oui (2) <input type="checkbox"/> non
12	a- Pratiquez-vous un sport dans le cadre de compétitions amateurs et/ou en tant que membre d'une fédération et/ou d'un club ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, le(s)quel(s) : Si ce sport figure dans la liste des sports "spécifiques" au verso de ce document, souhaitez-vous être garanti pour ce sport : <input type="checkbox"/> oui (1) <input type="checkbox"/> non
	b- Pratiquez-vous l'un des sports suivants : bobsleigh, moto neige, vélo-ski, skeleton, pêche ou plongée sous marine avec équipement autonome, vol à voile, spéléologie, escalade, alpinisme, saut à l'élastique, canyoning, catamaran.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, le(s)quel(s) : A quelle fréquence : Souhaitez-vous être garanti pour ce sport : <input type="checkbox"/> oui (1) <input type="checkbox"/> non
13	Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand :

(1) Dans le cas de pratique d'un sport présentant un risque particulier une étude complémentaire sera réalisée.
 (2) Sous réserve de l'acceptation par APRIL Assurances qui vous sera mentionnée au Certificat d'adhésion.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Fait à Date

La signature de l'Assuré 1

X

Ce questionnaire de santé est valable 4 mois à compter de sa signature.

Questionnaire de santé

L'assurance sécurité des investissements élevés

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 sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Assurances. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances
 27 rue Maurice Flandin BP 3261, 69403 Lyon Cedex 03.

Assuré 2 Nom :		Prénom :	
Je déclare être informé(e) que les personnes atteintes d'une des maladies ou affections suivantes : diabète insulino-dépendant, sclérose en plaques, cancer de moins de 5 ans, transplantation d'organes, hémophilie, maladie génétique, que les personnes ayant subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif, ne sont pas couvertes par ADP Master 3 et doivent souscrire une ASSURANCE DE PRET Solution.			
1	Poids :	Taille :	
2	Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
3	Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une affection, d'une maladie chronique ou récidivante, d'une infirmité ou de séquelles (accident ou maladie) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Type de maladie ou d'affection : Quand : Durée :
4	a- Etes-vous actuellement en Arrêt de Travail suite à accident ou maladie (sauf congés légaux de maternité) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Depuis quand :
	b- Avez-vous été en Arrêt de Travail de plus de 30 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Date Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Date Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	c- Bénéficiez-vous d'un aménagement de votre temps et/ou des conditions de travail pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif :
5	Avez-vous été opéré ou hospitalisé au cours des 10 dernières années (sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, vésicule, hernie hiatale ou inguinale, hémorroïdes, déviation de la cloison nasale, césarienne, IVC) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Quand : Durée de l'hospitalisation :
6	Avez-vous ou avez-vous eu des maladies rhumatismales, des affections disco-vertébrales ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquelles : Sièges des lésions : Depuis quand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Avez-vous eu des lésions articulaires, musculaires ou ligamentaires au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Lesquelles : Sièges des lésions : Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motifs : Le(s)quel(s) : Depuis quand : Durée du traitement : *Si oui, tension artérielle :
	- une affection cancéreuse,	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection neurologique (ex : épilepsie,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection psychiatrique (ex : dépression nerveuse,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection métabolique (ex : cholestérol, triglycérides, diabète,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection pulmonaire (ex : asthme,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	- une affection rhumatismale (ex : lumbago, sciatique,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- une affection endocrinienne (ex : thyroïde,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
- toute autre maladie avec traitement supérieur à un mois	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
- (ex : affection rénale, urinaire, génitale, hépatique, maladies infectieuses,...),	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
- ou une affection cardiaque ou vasculaire (ex : hypertension artérielle,...).	<input type="checkbox"/> *oui <input type="checkbox"/> non		
9	a- Etes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale suivie ? (hors médecine du travail et suivi systématique en période de grossesse)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pourquoi : Depuis quand :
	b- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Résultat :
	c- Au cours des 12 prochains mois, avez-vous prévu de faire des examens urinaires, sanguins, radiologiques, IRM, scanner ou coloscopie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif :
10	Avez-vous une maladie des yeux, une myopie forte (après correction, moins de 8/10 ^{ème}), une cécité même unilatérale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Motif : Traitement : Pour troubles de la vision, précisez l'acuité visuelle après correction : OD : OG :
11	Pratiquez-vous une activité aérienne ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Laquelle : Souhaitez-vous être garanti pour cette activité : <input type="checkbox"/> oui (2) <input type="checkbox"/> non
12	a- Pratiquez-vous un sport dans le cadre de compétitions amateurs et/ou en tant que membre d'une fédération et/ou d'un club ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, le(s)quel(s) : Si ce sport figure dans la liste des sports "spécifiques" au verso de ce document, souhaitez-vous être garanti pour ce sport : <input type="checkbox"/> oui (1) <input type="checkbox"/> non
	b- Pratiquez-vous l'un des sports suivants : bobsleigh, moto neige, vélo-ski, skeleton, pêche ou plongée sous marine avec équipement autonome, vol à voile, spéléologie, escalade, alpinisme, saut à l'élastique, canyoning, catamaran.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, le(s)quel(s) : A quelle fréquence : Souhaitez-vous être garanti pour ce sport : <input type="checkbox"/> oui (1) <input type="checkbox"/> non
13	Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Depuis quand :

(1) Dans le cas de pratique d'un sport présentant un risque particulier une étude complémentaire sera réalisée.
 (2) Sous réserve de l'acceptation par APRIL Assurances qui vous sera mentionnée au Certificat d'adhésion.

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au Médecin conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Fait à Date

La signature de l'Assuré 1



Ce questionnaire de santé est valable 4 mois à compter de sa signature.

Professions exclues	Sports spécifiques*
<p>Convoyeur de fonds, travail de la mine ou souterrain ou galeries, guide de haute montagne/moniteur de ski, marin pêcheur, surveillance armée/maintien de l'ordre, pompier professionnel, sportif professionnel (y compris les sports avec usage d'un véhicule à moteur), artificier/usage d'explosifs, artiste de cinéma ou de télévision/intermittent du spectacle/professionnel du cirque.</p> <p>Pour ces professions, nous vous recommandons de faire appel à l'Assurance de Prêt Solution. Renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sports équestres : concours hippiques, course de haies, cross country, polo, rodeo. • Sports automobiles : course de côtes, épreuve de vitesse, Formules 1-2-3, karting, rallyes, raid, stock car. • Sports motos : course sur circuit, course de côtes, endurance moto, enduro, motocross, quad en compétition, raid, speedway, trial. • Sports d'hiver : luge en compétition, patinage en compétition, ski extrême, bobsleigh, moto neige, vélo-ski. • Sports nautiques : rafting, jet ski, course hors bord, course d'off shore, navigation au-delà de 20 miles des côtes, pêche ou plongée sous-marine avec équipement autonome, canyoning, catamaran. • Autres sports : Boxe et arts martiaux en compétition, VTT en compétition, triathlon, skeleton, vol à voile, spéléologie, escalade, alpinisme, saut à l'élastique.

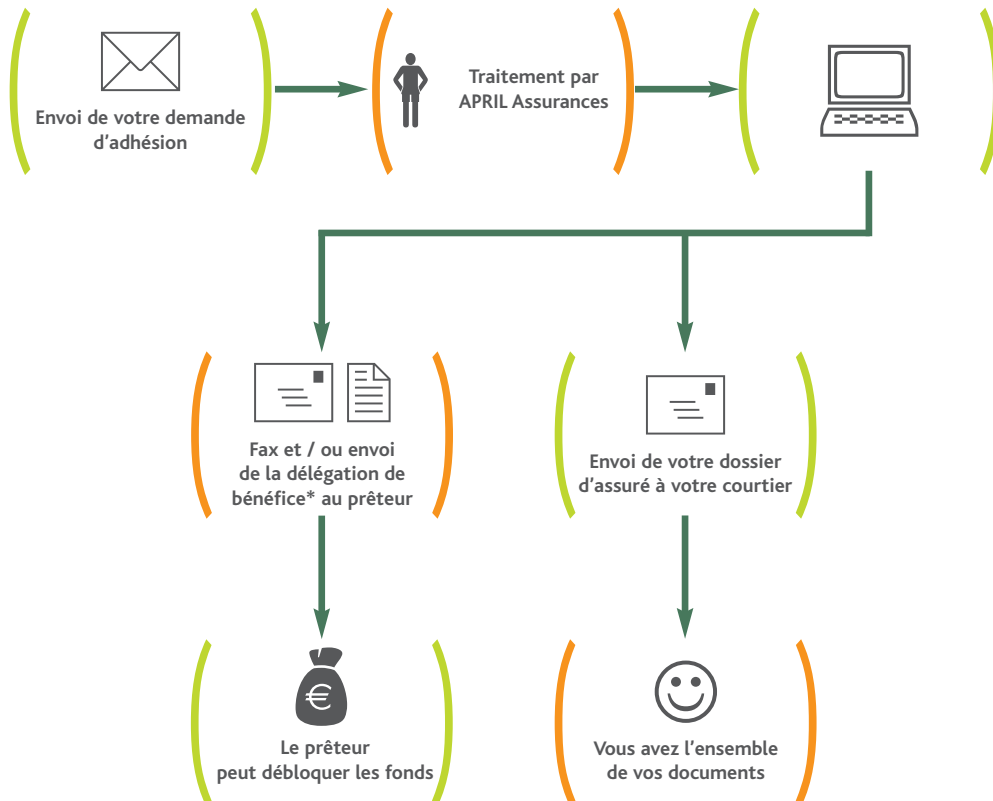
*Pour ces sports spécifiques, une étude sera réalisée dans le cas où vous souhaitez être garanti pour la pratique d'un de ces sports.

Je joins à mon envoi

- **Ma demande d'adhésion** : remplie, datée et signée par les 2 assurés (pages 2, 3, 4 et 5),
- **Mon autorisation de prélèvement** : remplie et signée,
- **Mon relevé d'identité bancaire ou postal**,
- **Mon chèque d'acompte** : à l'ordre d'APRIL Assurances,
- **Les justificatifs médicaux** si le questionnaire contient des réponses positives.

Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée dès sa réception par APRIL Assurances : vous recevez votre dossier d'adhérent par l'intermédiaire de votre courtier. Votre délégation de bénéfice* est transmise directement à votre banque, ainsi, votre prêt peut être débloqué au plus tôt ;



* Délégation de bénéfice :

- **Le prêteur devient bénéficiaire de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt.**
- **Le capital décès ou les échéances de votre prêt en cas d'arrêt de travail (si cette garantie a été souscrite), lui sont directement remboursés.**
 - **Toute modification du contrat doit se faire avec l'accord de votre prêteur.**

APRIL Assurances à vos côtés

APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances simples et innovantes, les gère dans un souci permanent de réactivité et de qualité et les distribue par l'intermédiaire d'un réseau d'assureurs-conseils indépendants. Certifiée ISO 9001 version 2000 pour ses activités de conception et gestion de contrats d'assurance de personnes, APRIL Assurances place la satisfaction clients au coeur de ses engagements.



Un large éventail de solutions

Très diversifiées, elles permettent à APRIL Assurances de répondre aux attentes du plus grand nombre d'assurés : famille, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants.

Prévoyance

Solutions d'assurances santé et prévoyance individuelles.

Tél. 0 891 46 9000
(0,23 € TTC/min)

Habitat

Solutions d'assurances de prêt.

Tél. 0 891 46 6000
(0,23 € TTC/min)

Entreprise

Solutions d'assurances santé et prévoyance pour l'entreprise, protection du dirigeant.

Tél. 04 72 36 75 35

Notre engagement, Votre satisfaction

- Une prise en charge immédiate des dossiers pour une gestion en 24 heures,
- **95 % de nos assurés se déclarent satisfaits d'APRIL Assurances***,
- **98 % des assureurs-conseils se déclarent satisfaits de leur partenariat avec APRIL Assurances (dont 54 % de très satisfaits)*.**



En 2005 APRIL Assurances entre dans le Palmarès des "25 entreprises où il fait bon travailler en France."

Principaux repères

- Création d'APRIL Assurances en 1988,
- **1 million d'assurés** à titre individuel ou par le biais de leur employeur,
- 560 collaborateurs,
- 13 000 assureurs-conseils indépendants.

Votre Assureur-Conseil
AS DU GRAND LYON
6 CHEMIN DU GRAND BOIS
BP 206
69515 VAULX EN VELIN CEDEX
Tél : 06 09 60 54 30
Email : ceduagrandlyon@hotmail.com



Siège social,
27 rue Maurice Flandin - BP 3261
69403 Lyon cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet <http://www.april.fr>



APRIL ASSURANCES EST UNE SOCIÉTÉ D'APRIL COURTAGE