

L'assurance des emprunteurs

**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 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 figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances****27 rue Maurice Flandin BP 3261 69403 Lyon Cedex 03.****MERCI DE COCHER UNE CASE POUR CHAQUE QUESTION**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Assuré 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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 Standard 3 et doivent souscrire une Assurance de Prêt Solution. |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Poids : .....                                                                                                                                                                                                                                                    | Taille : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Avez-vous fumé au cours des deux dernières années ?                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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<br>Type de maladie ou d'affection : .....<br>Quand : ..... Durée : .....                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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<br>Motif : .....<br>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<br>Motif : .....<br>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<br>Motif : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>5</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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<br>Motif : .....<br>Quand : .....<br>Durée de l'hospitalisation : .....                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>6</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Avez-vous ou avez-vous eu des maladies rhumatismales, des affections disco-vertébrales ?                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>Lesquelles : ..... Localisation des lésions : .....<br>Depuis quand <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                |
| <b>7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Avez-vous eu des lésions articulaires, musculaires ou ligamentaires au cours des 5 dernières années ?                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>Lesquelles : ..... Localisation des lésions : .....<br>Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                        |
| <b>8</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Faire une croix dans chaque case.</b>                                                                                                                                                                                                                         | Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour :                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - une affection cancéreuse,                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>Motifs : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - 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<br>Traitement(s) médical(aux) suivi(s) : .....                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - 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<br>Depuis quand : .....<br>Durée du traitement : .....                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| - ou une affection cardiaque ou vasculaire (ex : hypertension artérielle,...)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>*Si oui, dernière tension artérielle connue : .....                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>9</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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<br>Pourquoi : .....<br>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<br>Motif : .....<br>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<br>Motif : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>10</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Avez-vous une maladie des yeux, une myopie forte (après correction, moins de 8/10 <sup>ème</sup> ), une cécité même unilatérale ?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>Motif : .....<br>Traitement : .....<br>Pour troubles de la vision, précisez l'acuité visuelle après correction :<br>OD : ..... OG : .....                                                                                                                                                        |
| <b>11</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Etes-vous enceinte ?                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>Depuis quand : .....                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>12</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Pratiquez-vous l'un des sports de la liste "spécifique" au verso de ce document ?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>Si oui, le(s)quel(s) : .....<br>Souhaitez-vous être garanti pour ce(s) sport(s) : <input type="checkbox"/> oui (1) <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                  |

(1) Dans le cas de pratique d'un sport présentant un risque particulier une étude complémentaire sera réalisée.

**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 des emprunteurs

**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 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 figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Assurances**

27 rue Maurice Flandin BP 3261 69403 Lyon Cedex 03.

**MERCI DE COCHER UNE CASE POUR CHAQUE QUESTION**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Assuré 2</b> 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 Standard 3 et doivent souscrire une Assurance de Prêt Solution. |                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Poids : .....                                                                                                                                                                                                                                                    | Taille : .....                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Avez-vous fumé au cours des deux dernières années ?                                                                                                                                                                                                              | <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 : .....<br>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 : .....<br>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 : .....<br>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 : .....<br>Quand : .....<br>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 : ..... Localisation des lésions : .....<br>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 : ..... Localisation des lésions : .....<br>Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                        |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Faire une croix dans chaque case.</b><br>Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour :                                                                                                                                                           |                                                           | Pour chaque question où la réponse est oui, nous indiquer :                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - une affection cancéreuse,                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Motifs : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - 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 | Traitement(s) médical(aux) suivi(s) : .....                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - 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                                                                                                                                                                                                        | Depuis quand : .....<br>Durée du traitement : .....       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| - ou une affection cardiaque ou vasculaire (ex : hypertension artérielle,...)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                                                                        | *Si oui, dernière tension artérielle connue : .....       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 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 : .....<br>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 : .....<br>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 <sup>ème</sup> ), une cécité même unilatérale ?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Motif : .....<br>Traitement : .....<br>Pour troubles de la vision, précisez l'acuité visuelle après correction :<br>OD : ..... OG : .....                                                                                                                                                        |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Etes-vous enceinte ?                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Depuis quand : .....                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Pratiquez-vous l'un des sports de la liste "spécifique" au verso de ce document ?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si oui, le(s)quel(s) : .....<br>Souhaitez-vous être garanti pour ce(s) sport(s) : <input type="checkbox"/> oui (1) <input type="checkbox"/> non                                                                                                                                                  |

(1) Dans le cas de pratique d'un sport présentant un risque particulier une étude complémentaire sera réalisée.

**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 2**

**X**

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