

Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



Cachet du Conseil en Assurances



C : COURTAGE
17 villa duc Petit Parc
94000 CRETEIL

N° de proposition obligatoire

Code apporteur

5 8 1 6 8

C: COURTAGE



PAREO
EMPRUNTEURS

GROS CAPITALS

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Adhérent

 Société ou Particulier Dénomination sociale ou Nom, prénom

Adresse ou siège social

Code postal

Ville

N° Siret

demande à adhérer à l'association et au contrat groupe n° L. 1011/0001 souscrit par elle auprès de SWISS LIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE pour les garanties ci-après :

	Assuré 1	Assuré 2
Nom	<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="text"/>	<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Profession ^①	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Régime obligatoire ^②	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etes-vous fumeur ? ^③	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Adresse actuelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone/Fax	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	<input type="text"/>

① ② ③ Voir Informations complémentaires page 4.

	Risque professionnel Assuré 1	Risque professionnel Assuré 2
Plus de 30 000 km professionnels et privés/an ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Manutention légère et/ou au plus utilisation d'outils à main sans danger ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Utilisation de matériaux, d'engins de chantier/ mécaniques ou outils dangereux, lourds ou à bois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Coordonnées du nouveau bien (uniquement pour les prêts immobiliers)

Adresse

Code postal

Ville

ASSURÉ 1 : je désigne comme bénéficiaire de la part résiduelle éventuelle en cas de décès avant le déblocage total du capital emprunté : mon conjoint non séparé judiciairement de corps ou la personne avec laquelle j'ai signé un Pacte Civil de Solidarité, à défaut mes enfants né ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers.

Autre clause : les personnes suivantes (nom, prénom, adresse et lien de parenté) : _____

ASSURÉ 2 : je désigne comme bénéficiaire de la part résiduelle éventuelle en cas de décès avant le déblocage total du capital emprunté : mon conjoint non séparé judiciairement de corps ou la personne avec laquelle j'ai signé un Pacte Civil de Solidarité, à défaut mes enfants né ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers.

Autre clause : les personnes suivantes (nom, prénom, adresse et lien de parenté) : _____

DEMANDE D'ADHÉSIONRéf : **DA PAREO GC**



PRÊTS ET GARANTIES

N° de proposition obligatoire

Nom (assuré 1)	<input type="text"/>				Prénom	<input type="text"/>				
	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5					
Type ^④	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Taux	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %					
Durée ^⑤	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois					
Montant	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €					
Date début assurance	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>					
Date déblocage des fonds	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>					
Périodicité amortissement ^⑥	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Si différé amortissement	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois					
Libellé du prêt	<input type="radio"/> euros <input type="radio"/> francs suisses	<input type="radio"/> euros <input type="radio"/> francs suisses	<input type="radio"/> euros <input type="radio"/> francs suisses	<input type="radio"/> euros <input type="radio"/> francs suisses	<input type="radio"/> euros <input type="radio"/> francs suisses					
Echéance progressive*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non					
Montant échéance	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €					

*Si oui, remplir le cadre en bas de page.

	Garanties prêt 1	Garanties prêt 2	Garanties prêt 3	Garanties prêt 4	Garanties prêt 5
Décès/PTIA	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Assuré 1					
Incapacité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Franchise Incapacité ^⑦	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180
Invalidité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Assuré 2					
Incapacité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Franchise Incapacité ^⑦	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180	<input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 180
Invalidité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Quotité Assuré 1 ^⑧	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Quotité Assuré 2 ^⑧	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ Voir Informations complémentaires page 4.

Détail de vos échéances progressives (uniquement si votre prêt prévoit cette possibilité)

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 1	Prêt 2
Montant échéance 1 ^{ère} période	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
Montant échéance 2 ^{ème} période	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
Montant échéance 3 ^{ème} période	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois



ORGANISMES PRÊTEURS

N° de proposition obligatoire

Nom (assuré 1) Prénom

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je reconnais avoir été informé (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances. Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. Je déclare sur l'honneur ne pas exercer une profession exclue à l'article "PROFESSIONS EXCLUES" de la notice d'information contractuelle PAREO GC. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification dans mon activité professionnelle, à peine de déchéance. J'autorise l'assureur à communiquer les réponses à ses correspondants et à tous ceux appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion et de son exécution. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours à compter de la signature de la présente demande.

Modèle de lettre de renonciation : Je vous prie de noter que je renonce à mon adhésion au contrat groupe.

Je reconnais avoir reçu à la date ci-dessous la notice d'information contractuelle PAREO GC.

Fait à, le

Déclaration spéciale fonctionnaire

J'atteste sur l'honneur être nommé(e) dans un emploi permanent à temps complet et titulaire dans un grade de la hiérarchie des administrations de la fonction publique de l'Etat, territoriales et hospitalières.

Fait à, le

Assuré 1 Signatures Assuré 2



Signature de l'Adhérent (si différent des Assurés) précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Signature de l'Assuré 1 précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Signature de l'Assuré 2 précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"





INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

① PROFESSIONS

- Sans profession
- Cadre du secteur privé ou parapublic
- Profession libérale
- Commerçant
- Non cadre du secteur privé ou parapublic
- Agent de maîtrise du privé ou parapublic
- Artisan
- Agriculteur
- Fonctionnaire : *personne nommée dans un emploi permanent à temps complet et titularisée dans un grade de la hiérarchie des administrations de la fonction publique de l'Etat, territoriales et hospitalières définies par les lois n° 84-16 du 11 janvier 1984, n° 84-53 du 26 janvier 1984 et n° 86-33 du 9 janvier 1986.*
- Autre profession : à préciser.

PROFESSIONS EXCLUES

Sont exclus des garanties, les professions ou domaines d'activité suivants : travaux forestiers, convoyeur de fonds, ouvrage d'art et de grande hauteur du BTP, travail de la mine 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, professionnel du cirque.

L'emprunteur ne doit appartenir à aucune de ces professions et doit informer l'assureur de tout changement concernant sa profession.

Les saisonniers, intérimaires, artistes de cinéma ou de télévision, et intermittents du spectacle n'ont accès qu'à la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

② LISTE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

- Sécurité sociale
- Travailleurs non salariés (TNS)
- AMEXA

- Expatrié
- Frontalier
- Non assujetti

③ DÉCLARATION NON FUMEUR

Je déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

④ TYPE DE PRÊT

- Taux fixe
- Taux variable
- In fine taux fixe
- In fine taux variable

⑤ DURÉE

Si votre prêt comporte un différé d'amortissement : durée du différé + durée de l'amortissement.

⑥ PÉRIODICITÉ DU PAIEMENT DE VOTRE PRÊT

- Mensuelle
- Trimestrielle
- Semestrielle
- Annuelle

⑦ FRANCHISE INCAPACITÉ

- 30 jours, 60 jours, 90 jours, 180 jours

NB : Seule la franchise 90 jours est disponible pour les fonctionnaires. Délai entre le début de votre incapacité et celui de la prise en charge de vos échéances de prêt.

⑧ QUOTITÉ

% du capital emprunté à assurer (ex : 100 %).

Le règlement de ma cotisation

Les cotisations sont payables d'avance le 10 du mois selon la périodicité choisie.

1^{ère} étape

Choisissez votre mode de règlement et cochez.

Echéance	Prélèvement	Chèque
Annuelle	gratuit	<input type="checkbox"/> 2 € par an
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2 € par an	<input type="checkbox"/> 4 € par an
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 4 € par an	<input type="checkbox"/> 8 € par an
Mensuelle	<input type="checkbox"/> 12 € par an	impossible

3^{ème} étape

Si vous avez choisi le prélèvement, veuillez remplir l'autorisation ci-dessous et nous joindre 2 RIB.

2^{ème} étape

Veuillez faire un chèque d'acompte forfaitaire de 40 €*.

Droit d'entrée	11 €
Cotisation d'association (0,90 € par mois)	
Acompte cotisation	29 €
Total acompte forfaitaire	40 €

*Dans l'hypothèse où l'adhésion est refusée, le montant de l'acompte forfaitaire sera restitué.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-contre

Nom, prénom et adresse du débiteur			
.....			
.....			
.....			
Compte à débiter			
_____	_____	_____	_____
Établissement	Code guichet	N° de compte	Clé RIB
Date et signature			

A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT

joindre 1 relevé d'identité bancaire ou postal

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

234176

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et adresse du créancier

ALPTIS ASSURANCES 69445 LYON CEDEX 03



POUR NE RIEN OUBLIER

Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

Avez-vous complété, daté, signé ?

- la Demande d'Adhésion
- l'Autorisation de prélèvement
- le Questionnaire de Santé
- le Questionnaire Personnel

Avez-vous joint à votre demande ?

- votre chèque d'acompte de 40 €
- 1 relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne

OÙ RENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

ALPTIS ASSURANCES
Centre de traitement PAREO Emprunteurs
2, rue Rossan - 69003 LYON

Vous pouvez également l'adresser sous pli confidentiel à :

ALPTIS ASSURANCES - M. le Médecin Conseil - 69445 LYON CEDEX 03



QUESTIONNAIRE PERSONNEL ASSURÉ 1

N° de proposition obligatoire

Réf. : PAREO GC-QP

Ce Questionnaire Personnel doit être complété par la personne à assurer.

Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>	Profession <input type="text"/>
--------------------------	-----------------------------	---------------------------------

Activité

1• Nombre de déplacements par mois _____ et importance en kilomètres _____			
2• Votre activité professionnelle : • description de votre activité..... • nombre de salariés dans l'entreprise Cette activité vous impose-t-elle : • une station debout prolongée ? • de porter des charges ? • la manipulation d'outils dangereux ? <small>(outils permettant de couper, broyer, trancher, déchiqueter, déformer et lever toutes matières)</small>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ _____	
	3• Votre activité s'exerce-t-elle principalement : • dans un bureau ou un cabinet • dans un atelier • dans un magasin • en visite chez des clients ou fournisseurs • autres (à préciser)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	4• Sports pratiqués..... Dans quelles conditions ? A quelle fréquence ?		_____ _____ _____
	5• Tabagisme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Année de début _____ Unités par jour _____
6• Consommation quotidienne de boissons alcoolisées	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Nombre de verres par repas _____ Nombre de verres en dehors des repas _____	

Complément d'information (merci d'identifier la question)

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire, qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.

Je reconnais avoir été informé (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration (prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances).

Fait à _____, le _____

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"





QUESTIONNAIRE PERSONNEL ASSURÉ 2

N° de proposition obligatoire

Réf. : PAREO GC-QP

Ce Questionnaire Personnel doit être complété par la personne à assurer.

Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>	Profession <input type="text"/>
--------------------------	-----------------------------	---------------------------------

Activité

1• Nombre de déplacements par mois _____ et importance en kilomètres _____			
2• Votre activité professionnelle : • description de votre activité..... • nombre de salariés dans l'entreprise Cette activité vous impose-t-elle : • une station debout prolongée ? • de porter des charges ? • la manipulation d'outils dangereux ? <small>(outils permettant de couper, broyer, trancher, déchiqueter, déformer et lever toutes matières)</small>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ _____	
	3• Votre activité s'exerce-t-elle principalement : • dans un bureau ou un cabinet • dans un atelier • dans un magasin • en visite chez des clients ou fournisseurs • autres (à préciser)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	4• Sports pratiqués..... Dans quelles conditions ? A quelle fréquence ?		_____ _____ _____
	5• Tabagisme	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Année de début _____ Unités par jour _____
6• Consommation quotidienne de boissons alcoolisées	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Nombre de verres par repas _____ Nombre de verres en dehors des repas _____	

Complément d'information (merci d'identifier la question)

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire, qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.

Je reconnais avoir été informé (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration (prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances).

Fait à _____, le _____

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"





ALPTIS ASSURANCES

Société de courtage d'assurance, gestionnaire du contrat
33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 - Téléphone 04 72 36 16 20 - Email : demande.adhesion@alptis.fr - Internet : www.alptis.org
SA régie par les articles L. 225-57 à L. 225-93 du code de commerce au capital de 10 000 000 € - 335 244 489 RCS Lyon
Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L. 530-1 et L. 530-2 du code des assurances



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURÉ 1

N° de proposition obligatoire

Réf. : PAREO GC-QS

Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse "**OUI**, donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter au verso en identifiant la question par le numéro.

Nom Prénom Profession
 Taille : _____ cm Poids : _____ kg Tension artérielle : Maxi : _____ Mini : _____ Est-elle traitée ? Oui Non

Actuellement

1• Etes-vous atteint ou suivi pour une affection chronique, invalidante, congénitale, acquise ou de longue durée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles _____
2• Etes-vous atteint d'une infirmité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle _____
3• Etes-vous titulaire d'une pension ou rente d'invalidité (accident, maladie, militaire ?)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____ Taux _____
4• Etes-vous pris en charge à 100 % par votre régime obligatoire (hors grossesse) pour une affection longue durée (ALD) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____ _____
5• Etes-vous en état d'incapacité de travail partielle ou totale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date d'arrêt de travail _____ Motif(s) _____
6• Suivez-vous un traitement ou bénéficiez-vous de soins prescrits médicalement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____
7• Etes-vous sous surveillance médicale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____

Passé médical

8• Avez-vous été exempté ou réformé du service militaire pour raison médicale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____
9• Avez-vous été pris en charge pour des troubles psychiques ou nerveux (y compris dépression) ?....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date(s) _____
10• Avez-vous eu des lésions ou maladies osseuses, articulaires, musculaires, ligamentaires, tendineuses ou de la colonne vertébrale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles _____ _____
11• Avez-vous souffert de maladies cardio-vasculaires, endocriniennes, métaboliques, cancéreuses, mentales, respiratoires, uro-génitales, digestives, dermatologiques, neurologiques, infectieuses, parasitaires, du sang, des yeux, des oreilles ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles _____ _____
12• Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____ Date(s) _____
13• Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du sida, de l'hépatite C ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat du test _____ Date(s) _____
14• Avez-vous été accidenté ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date(s) _____ Nature des blessures _____ _____
		Durée de l'arrêt _____ Séquelles _____ _____
15• Au cours des trois dernières années, avez-vous fait l'objet d'examens sanguins, urinaires, radiologiques ou autres ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date(s) _____ Nature _____ Résultat _____ <i>Joindre les résultats des examens</i>

Votre demande d'adhésion peut être adressée sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'ALPTIS ASSURANCES

Verso à compléter →



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURÉ 1 (suite)

N° de proposition obligatoire

Réf. : PAREO GC-QS

Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse "**OUI, donner toutes les informations s'y rapportant** (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter ci-dessous en identifiant la question par le numéro.

Nom Prénom Profession

Passé médical (suite)

- | | | |
|---|---|---|
| 16• Au cours des cinq dernières années, avez-vous été opéré ?..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Motif(s) _____
Date(s) _____ |
| 17• Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait l'objet d'une hospitalisation de plus de cinq jours ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Motif(s) _____
Durée(s) _____ |
| 18• Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 15 jours ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Motif(s) _____
Date début _____ Date fin _____ |

Évolution

- | | | |
|--|---|--|
| 19• Devez-vous être hospitalisé ou faire l'objet d'une intervention chirurgicale dans les 12 prochains mois ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Motif(s) _____
Date approximative _____ |
|--|---|--|

Complément d'information (merci d'identifier la question)

J'ai bien noté qu'il peut m'être demandé de me soumettre à une visite et à des examens médicaux. Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.

Je reconnais avoir été informé (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration (prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances).

Fait à, le.....

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Déclaration spéciale non fumeur

- En cochant cette case, je déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Votre demande d'adhésion peut être adressée sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'ALPTIS ASSURANCES



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURÉ 2

N° de proposition obligatoire

Réf. : PAREO GC-QS

Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse "OUI, donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter au verso en identifiant la question par le numéro.

Nom Prénom Profession
 Taille : _____ cm Poids : _____ kg Tension artérielle : Maxi : _____ Mini : _____ Est-elle traitée ? Oui Non

Actuellement

1• Etes-vous atteint ou suivi pour une affection chronique, invalidante, congénitale, acquise ou de longue durée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles _____
2• Etes-vous atteint d'une infirmité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Laquelle _____
3• Etes-vous titulaire d'une pension ou rente d'invalidité (accident, maladie, militaire ?)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____ Taux _____
4• Etes-vous pris en charge à 100 % par votre régime obligatoire (hors grossesse) pour une affection longue durée (ALD) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____ _____
5• Etes-vous en état d'incapacité de travail partielle ou totale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date d'arrêt de travail _____ Motif(s) _____
6• Suivez-vous un traitement ou bénéficiez-vous de soins prescrits médicalement ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____
7• Etes-vous sous surveillance médicale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____

Passé médical

8• Avez-vous été exempté ou réformé du service militaire pour raison médicale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____
9• Avez-vous été pris en charge pour des troubles psychiques ou nerveux (y compris dépression) ?....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date(s) _____
10• Avez-vous eu des lésions ou maladies osseuses, articulaires, musculaires, ligamentaires, tendineuses ou de la colonne vertébrale ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles _____ _____
11• Avez-vous souffert de maladies cardio-vasculaires, endocriniennes, métaboliques, cancéreuses, mentales, respiratoires, uro-génitales, digestives, dermatologiques, neurologiques, infectieuses, parasitaires, du sang, des yeux, des oreilles ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Lesquelles _____ _____
12• Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Motif(s) _____ Date(s) _____
13• Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du sida, de l'hépatite C ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Résultat du test _____ Date(s) _____
14• Avez-vous été accidenté ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date(s) _____ Nature des blessures _____ _____
		Durée de l'arrêt _____ Séquelles _____ _____
15• Au cours des trois dernières années, avez-vous fait l'objet d'examens sanguins, urinaires, radiologiques ou autres ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Date(s) _____ Nature _____ Résultat _____ <i>Joindre les résultats des examens</i>

Votre demande d'adhésion peut être adressée sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'ALPTIS ASSURANCES

Verso à compléter →



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ASSURÉ 2 (suite)

N° de proposition obligatoire

Réf. : PAREO GC-QS

Ce Questionnaire de Santé doit être complété recto verso par la personne à assurer.

RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse "**OUI, donner toutes les informations s'y rapportant** (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter ci-dessous en identifiant la question par le numéro.

Nom Prénom Profession

Passé médical (suite)

- | | | |
|---|---|---|
| 16• Au cours des cinq dernières années, avez-vous été opéré ?..... | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Motif(s) _____
Date(s) _____ |
| 17• Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait l'objet d'une hospitalisation de plus de cinq jours ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Motif(s) _____
Durée(s) _____ |
| 18• Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 15 jours ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Motif(s) _____
Date début _____ Date fin _____ |

Évolution

- | | | |
|--|---|--|
| 19• Devez-vous être hospitalisé ou faire l'objet d'une intervention chirurgicale dans les 12 prochains mois ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Motif(s) _____
Date approximative _____ |
|--|---|--|

Complément d'information (merci d'identifier la question)

J'ai bien noté qu'il peut m'être demandé de me soumettre à une visite et à des examens médicaux. Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.

Je reconnais avoir été informé (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration (prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances).

Fait à, le.....

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Déclaration spéciale non fumeur

- En cochant cette case, je déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification de l'état de cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Votre demande d'adhésion peut être adressée sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'ALPTIS ASSURANCES