

Magnolia Web Assurances

1, rue Nicole Oresme - 76000 ROUEN

Tél. 0 820 820 980

N° de proposition obligatoire

Code apporteur

59577


**PAREO-V3
EMPRUNTEURS**
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 SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE - société anonyme au capital de 75 000 000 €, entreprise régie par le code des assurances - 341 785 632 RCS Paris - 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"/>
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 effectués en véhicule terrestre, à moteur ?	<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 nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, 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 nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes héritiers.
 Autre clause : les personnes suivantes (nom, prénom, adresse et lien de parenté) : _____
DEMANDE D'ADHÉSIONRéf : **DA PAREO-V3**

Nom (assuré 1) Prénom

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5
Type de prêt ^④	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de taux ^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 Détail de vos échéances progressives page 3 - ④ ⑤ ⑥ Voir Informations complémentaires page 4.

	Garanties prêt 1	Garanties prêt 2	Garanties prêt 3	Garanties prêt 4	Garanties prêt 5
Assuré 1					
Décès/PTIA	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Quotité Décès/PTIA ^⑦	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Option Décès Plus ^⑧	<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
Incap./Inval.	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
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 ^⑨	<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 Incap./Inval. ^⑦	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Assuré 2					
Décès/PTIA	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Quotité Décès/PTIA ^⑦	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Option Décès Plus ^⑧	<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
Incap./Inval.	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
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 ^⑨	<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 Incap./Inval. ^⑦	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

*La garantie incapacité ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie invalidité. ⑦ ⑧ ⑨ Voir Informations complémentaires page 4.

Nom (assuré 1) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	---

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

ORGANISMES PRÊTEURS

	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"/>

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 (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004).

J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours à compter de l'émission de l'attestation d'assurance de prêt.

Modèle de lettre de renonciation : *Je vous prie de noter que je renonce à mon adhésion au contrat groupe n° L 1011/0001.*

Je reconnais avoir reçu à la date ci-dessous la notice d'information contractuelle PAREO-V3.

Je reconnais avoir été informé 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-V3. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, à peine de déchéance.

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

Signatures

Assuré 1
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"

Si la présente demande d'adhésion est complétée et signée dans le cadre d'un démarchage à domicile au sens des articles L. 121-21 et suivants du code de la consommation, veuillez cocher la case suivante et vous reporter à l'annexe "Dispositions applicables en cas de démarchage à domicile".

① PROFESSIONS

- Sans profession
- Salarié cadre du secteur privé ou parapublic
- Profession libérale
- Profession libérale médicale
- Commerçant
- Salarié 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 en souterrains ou en 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, profession comportant l'usage d'explosifs, professionnel du cirque.

L'assuré ne doit appartenir à aucune de ces professions et doit informer ALPTIS ASSURANCES 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 Assujéti, DOM.

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 ET DE TAUX

- **Type de prêt** : prêt amortissable sans différé, prêt amortissable avec différé, prêt relais, prêt à taux zéro, prêt *In Fine* ou autres.
- **Type de taux** : taux fixe, 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

Annuelle, semestrielle, trimestrielle, mensuelle

⑦ QUOTITÉ

% du capital emprunté à assurer (ex : 100 %). La quotité de la garantie Invalidité Permanente Totale de travail ne peut excéder celle de la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. La quotité de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail est identique à celle de la garantie Invalidité Permanente Totale. La quotité de l'Option Décès Plus (Invalidité professionnelle à 100 % pour certaines professions médicales) est celle retenue pour la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

⑧ OPTION DÉCÈS PLUS

Le **DÉCÈS PLUS** est une garantie supplémentaire, non obligatoire, exclusivement réservée aux médecins spécialistes, chirurgiens, chirurgiens-dentistes.

Cotisations appliquées : majoration de la cotisation décès de + 25 %.

Application de la garantie : les professionnels concernés qui décident de prendre cette option, et par là même de s'acquitter du supplément de cotisation, bénéficient de l'assimilation au décès en cas d'invalidité professionnelle à 100 %, appréciée selon le barème joint à la notice d'information contractuelle PAREO-V3, si celle-ci est consolidée avant 60 ans ou avant la liquidation de la retraite. Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de la garantie supplémentaire met fin à l'adhésion.

⑨ FRANCHISE INCAPACITÉ

Franchise : délai entre le début de votre incapacité et celui de la prise en charge de vos échéances de prêt.

Franchises proposées : 30 jours, 60 jours, 90 jours, 180 jours.

Seule la franchise 90 jours est disponible pour les fonctionnaires.

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 1 RIB.

2^{ème} étape

Veuillez faire un chèque d'acompte forfaitaire de 40 €* à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.

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-dessous

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER	
ALPTIS ASSURANCES	
69445 LYON CEDEX 03	

COMpte A DÉBITER			
Établissement	Code guichet	N° de compte	Clé RIB

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR	
.....	
.....	
.....	

A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT
joindre 1 relevé d'identité bancaire

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

234176

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DÉBITER	
Nom de l'établissement	
Adresse complète	
Lieu-dit	
Code Postal	Ville

DATE ET
SIGNATURE



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
- la Déclaration d'État de Santé

Avez-vous joint à votre demande ?

- votre chèque d'acompte de 40 €
- 1 relevé d'identité bancaire

OÙ RENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

ALPTIS ASSURANCES
Centre de traitement PAREO-V3 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

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. 512-6 et L. 512-7 du code des assurances

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURÉ 1 (suite)

N° de proposition obligatoire

Réf. : PAREO-V3 D.E.S.

Veillez nous informer très exactement par écrit sur ce document de la nature de votre affection (cause, date, durée, nature, conséquences) et nous la renvoyer sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'ALPTIS ASSURANCES (merci d'identifier la question par son numéro).

Nom Prénom Profession

Fait à, le

Signature de la personne à assurer



DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURÉ 2

N° de proposition obligatoire

Réf. : PAREO-V3 D.E.S.

Cette Déclaration d'Etat de Santé doit être complétée par les personnes de 55 ans ou moins à l'adhésion, souscrivant un prêt inférieur ou égal à 230 000 €.

Nom Prénom Profession

1 Déclaration préalable "Etes-vous fumeur ?"	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2 Quel est votre poids ? <input type="text"/> kg Quel est votre taille ? <input type="text"/> m	
3 Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical pour Tension artérielle ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4 Etes-vous sous surveillance et/ou traitement médical pour Hypercholestérolémie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, indiquez votre taux de cholestérol	<input type="radio"/> Inférieur à 2,70 g/l
	<input type="radio"/> Entre 2,70 g/l et 2,90 g/l
	<input type="radio"/> Entre 2,90 g/l et 3,20 g/l
	<input type="radio"/> Supérieur à 3,20 g/l
5 Etes-vous actuellement en arrêt de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6 Etes-vous ou avez vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical	
• pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour affections disco-vertébrales ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour troubles psychiques, dépression nerveuse ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour troubles neurologiques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde...)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels ou veineux) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour maladies digestives ou du foie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour cancer ou tumeur ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour sclérose en plaques ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour maladie respiratoire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
• pour maladie des reins, vessie, gynécologique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
7 Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrits par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires et maternité sans complication) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
8 Devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
9 Etes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
10 Les examens à visée préventive ou diagnostique auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Si vous avez des réponses positives à cette Déclaration d'Etat de Santé (D.E.S.), veuillez nous informer très exactement par écrit sur le document prévu à cet effet, de la nature de votre affection et nous la renvoyer avec la D.E.S. remplie, sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'ALPTIS ASSURANCES.

Je reconnais avoir été informé 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-V3. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, 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 (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004).

Fait à, le

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

Déclaration spéciale non fumeur

Je soussigné(e) 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.

Fait à, le

Signature de la personne à assurer

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ ASSURÉ 2 (suite)

N° de proposition obligatoire

Réf. : PAREO-V3 D.E.S.

Veillez nous informer très exactement par écrit sur ce document de la nature de votre affection (cause, date, durée, nature, conséquences) et nous la renvoyer sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'ALPTIS ASSURANCES (merci d'identifier la question par son numéro).

Nom Prénom Profession

Fait à, le
Signature de la personne à assurer

