



ACQUISITION

Votre questionnaire d'assurance

Pour réaliser votre projet

L'assurance vous permet d'emprunter en toute sécurité.

Pour vous protéger

Un projet immobilier est un engagement à long terme, l'assurance vous protège vous et vos proches, contre les aléas de la vie.

Pour vous assurer

CNP Assurances vous propose une assurance pour votre prêt immobilier composée des garanties :
Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Report Chômage, Complémentaire Chômage.



ACQUISITION

Comment compléter mon questionnaire d'assurance

Quelques conseils pour répondre aux questions numérotées de 1 à 13

Vous devez compléter ce questionnaire de Votre Propre Main, le plus précisément possible.

Toutes les cases doivent être complétées par **OUI** ou par **NON** en toutes lettres.

ERREURS A EVITER

Avez-vous ? N
Avez-vous ? /
Etes-vous ? O
Avez-vous ?

BON EXEMPLE

Avez-vous ? NON
Etes-vous ? OUI

Si vous répondez **OUI** à une question, vous devez compléter votre réponse : « Pourquoi, Quand ... »

Nous vous invitons à joindre à votre dossier **tout document ou copie relatif à votre état de santé** :
(certificat médical, radiographie, ordonnances,...)

La rapidité et la qualité de l'étude de votre dossier en dépendent.

Quelques précisions sur les questions médicales

Question 2 : répondez à la seconde partie de la question uniquement dans le cas où votre acuité visuelle est inférieure à 2/10^{ème}.

N'hésitez pas à interroger votre ophtalmologiste qui vous donnera toutes les informations nécessaires.

Question 5 : L'exonération du ticket modérateur pour raison de santé signifie que vous êtes ou avez été pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour le remboursement des médicaments relatifs à une (ou des) affection (s) de longue durée. Vous devez préciser la nature de l'affection ayant occasionné cette prise en charge à 100%.

Question 6 : Si vous n'avez pas subi ces tests de dépistage ou si les résultats étaient spécifiés négatifs, répondez par "NON" et passez à la question suivante. Si vous répondez "OUI", indiquez la ou les sérologie(s) dont le résultat a été spécifié positif et la date du test.

Quelques conseils pour répondre aux questions relatives aux garanties chômage

Les cautions de personnes physiques ne sont pas assurables au titre du chômage.

Si vous cotisez aux ASSEDIC ou à un organisme équivalent, vous devez renseigner l'intégralité des questions

Pour savoir si vous cotisez aux ASSEDIC ou à un organisme équivalent, consultez votre bulletin de salaire.

A la question « Etes-vous titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée ? », pour le savoir interrogez votre employeur.
Par définition, contrat à durée indéterminée s'oppose à contrat à durée déterminée ou temporaire.

Garantie complémentaire Chômage

En fonction de votre choix, vous devez cocher l'une des deux cases qui vous sont proposées.

Ce document sera transmis à CNP Assurances par l'organisme souscripteur du contrat d'assurance groupe
(à compléter et à signer par la personne à assurer)

--	--	--	--	--	--

Nom patronymique (Nom de jeune fille)	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Célibataire
Nom usuel	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Marié(e)
Prénoms	<input type="checkbox"/> Mlle	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
Profession.....Né(e) le ___/___/___ à		<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Adresse		
Code postalCommune.....		

Répondez obligatoirement par OUI ou NON en toutes lettres dans chaque case et si OUI complétez. Tout questionnaire incomplet sera retourné.
Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention "confidentiel - secret médical", à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe doit être remise au Prêteur.

1 Indiquez :- Votre taille cm - Votre poids kg			
2 Portez-vous des verres correcteurs ? Si oui et si votre acuité visuelle est inférieure à 2/10 ^{ème} à un oeil ou aux deux yeux, Précisez votre degré de vision avant correction : Indiquez également votre correction en dioptries :	<input type="checkbox"/>	Oeil droit /10 ^{ème} Oeil gauche /10 ^{ème}	Oeil gauche /10 ^{ème} Oeil droit
3 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Depuis le/...../.....
4 Êtes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ? (Joindre le justificatif)	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Depuis le :...../...../..... Taux :
5 Etes-vous ou avez-vous été exonéré(e) du ticket modérateur pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Quand ?/...../.....
6 Avez-vous subi un test de dépistage de sérologies dont le résultat est spécifié positif portant en particulier sur les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH) ? (si oui, cochez le ou lesquels et indiquez leur date)	<input type="checkbox"/>	Cochez le(les)quel(s) VHB <input type="checkbox"/> VHC <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/>	Date :/...../...../...../...../...../.....
7 Avez-vous durant les cinq dernières années, interrompu votre travail pour raison de santé sur une période d'au moins 30 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Quand ?/...../..... Durée ?
8 Avez-vous été hospitalisé(e) au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Quand ?/...../..... Durée
9 Avez-vous subi au cours de votre existence -une intervention chirurgicale, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? - un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ? - un traitement pour maladie rhumatismale, ou ostéo-articulaire ? - un traitement pour lombagie, lumbago ou sciatique ? - un traitement pour troubles nerveux, dépression nerveuse ? - un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? - d'autres traitements de plus d'un mois ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Quand ?/...../..... Durée ?
10 Êtes-vous atteint(e) ou avez-vous été atteint(e) d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?	Depuis le ?/...../.....
11 Êtes-vous sous surveillance médicale ? Êtes-vous en cours de traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Depuis le ?/...../.....
12 Allez-vous dans les prochains mois : - subir des examens de laboratoire ou d'autres examens à l'exception de la médecine du travail ? - être hospitalisé(e), traité(e) ou opéré(e) ? (si oui, cochez la ou les cases et précisez)	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	Quand ?/...../.....
		Lesquels ?	
	<input type="checkbox"/>	Hospitalisé(e) <input type="checkbox"/>	traité(e) <input type="checkbox"/> opéré(e) <input type="checkbox"/>
		Pourquoi/...../.....
		Quand/...../...../...../.....

Garanties Report Chômage obligatoire (sauf cautions de personnes physiques)

Garantie Complémentaire Chômage facultative (sauf cautions de personnes physiques)

Je souhaite Je ne souhaite pas bénéficier d'une offre d'assurance complémentaire chômage facultative
Cotisez-vous aux ASSEDIC ou êtes-vous susceptible de percevoir des allocations équivalentes? (voir bulletin de salaire) En cas de doute interrogez votre employeur
si OUI : - êtes-vous titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée auprès d'un employeur unique ?
- êtes-vous en préavis de licenciement, de démission ou de pré-retraite ?
- avez-vous connaissance à ce jour, de l'existence d'une procédure de suppression d'emploi à votre rencontre, de redressement ou de liquidation judiciaire chez votre employeur ?

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute omission, déclaration inexacte, fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraînent la nullité de l'assurance (art L 113-8 du Code des Assurances).

Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date de prise d'effet des garanties sous peine de nullité de l'assurance.

J'accepte que les données relatives à mon état de santé soient traitées par l'Assureur, ses délégataires et réassureurs éventuels

Fait à :	le : ___/___/___	Signature :
----------------	------------------	-------------------

Vous êtes habilité(e) à demander communication ou rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur des fichiers à l'usage de CNP Assurances, du Prêteur et des Réassureurs éventuels, en vous adressant à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.