



## **INVESTISSEMENT LOCATIF CAUTIONS DE PERSONNES MORALES**

# **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.



# INVESTISSEMENT LOCATIF CAUTIONS DE PERSONNES MORALES

## 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 ..... ?  ~~N~~  
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<sup>ème</sup>.

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 facultatives

**Les cautions de personnes physiques ne sont pas assurables au titre des garanties chômage.**

**Garantie Report Chômage, Garantie complémentaire Chômage :**

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

**Si vous souhaitez une Garantie Chômage, vous devez répondre aux questions suivantes :**

**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 « êtes-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.

**QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE**

 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)**
**Collectivité**

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 postal .....Commune.....		

**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 <sup>ème</sup> 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 <sup>ème</sup> Oeil gauche .....	Oeil gauche ..... /10 <sup>ème</sup> 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 ? ...../...../.....
	<input type="checkbox"/>	Hospitalisé(e) <input type="checkbox"/>	traité(e) <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	opéré(e) <input type="checkbox"/>	
		Pourquoi .....	...../...../.....
		Quand ...../...../.....	...../...../.....

**Garanties Incapacité Temporaire Totale de travail (sauf cautions de personnes physiques)**

 Prêts d'investissement locatif :  Je renonce à la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail  Je ne renonce pas à la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail

**Garanties Chômage (sauf cautions de personnes physiques)**

- Je renonce à toute garantie Chômage.  
 Je souhaite bénéficier de la garantie Report Chômage et je renonce à la garantie Complémentaire Chômage.  
 Je souhaite bénéficier de la garantie Report Chômage et de la garantie Complémentaire Chômage.

**Si vous souhaitez une garantie Chômage :**

 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 encontre, 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 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.