CNP IAM (pour les activités « non vie »)
S.A. au Capital de 30 500 000 euros entièrement libéré
383 024 189 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances
Adresse postale : CNP Assurances - TSA 57161
75716 PARIS Cedex 15

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE PERTE D'EMPLOI N° 3504J

(Remplir une demande par personne à assurer)

CARACTÉRISTIQUES DU FINANCEMENT

Montant du prêt _____ € Durée _____ ans Quotité _____ % (1)

(1) la quotité de l'assurance Perte d'Emploi est identique à celle de l'assurance Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) - Incapacité Totale de Travail (ITT).

ORGANISME PRÊTEUR : EMPLOYEUR

N° DE CONTRAT : I_3_I_5_I_0_I_4_I_J_I N° DE CLIENT : I_0_I_0_I_9_I_2_I_4_I_1_I_V_I

IDENTITÉ DE LA PERSONNE À ASSURER

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐

Nom I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Nom de jeune fille I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Prénoms I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Date de naissance I___I___I I___I___I I___I___I___I___I
Jour Mois Année

Lieu de naissance I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Profession exercée I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Employeur I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

- **JE SOUSSIGNÉ(E) DECLARE :**
  - être à ce jour âgé(e) de moins de 58 ans et 6 mois ;
  - exercer, à titre exclusif, depuis plus de 3 mois ininterrompus, auprès d'un employeur unique une activité salariée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée ;
  - pouvoir bénéficier, en cas de chômage, d'allocations versées par les ASSEDIC (articles L 351-1 et L 351-2 et suivants du Code du Travail) ;
  - ne pas avoir connaissance de l'existence d'une procédure de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire relative à l'entreprise qui m'emploie ; ne pas être en période de préavis de licenciement ;
- **JE CERTIFIE** satisfaire à l'ensemble des conditions précitées et reconnais être informé(e) qu'en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle de nature à fausser l'appréciation du risque par l'Assureur, le contrat d'assurance serait nul conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances ; je m'engage, sous peine de nullité, à signaler toute modification qui interviendrait avant la prise d'effet du contrat et qui ne permettrait pas de maintenir les termes de la présente déclaration ;
- **JE DEMANDE** à adhérer au contrat d'assurance 3504J souscrit par le Gic auprès de CNP IAM pour la garantie Perte d'Emploi selon la quotité indiquée ci-dessus et les modalités de la notice d'information ;
- **JE RECONNAIS** avoir reçu ce jour un exemplaire de la "Notice du contrat d'assurance Perte d'Emploi n°3504J" dont j'atteste avoir pris connaissance et que je conserve ;
- **JE M'ENGAGE** à régler les primes d'assurance réclamées par le Gic au taux fixé par l'Assureur.

Fait à le _____ **SIGNATURE DU DEMANDEUR**
(Date à inscrire obligatoirement)

Les réponses aux questions posées revêtent un caractère obligatoire. Un défaut de réponse ne permettra pas d'instruire votre demande.
Les informations recueillies dans le présent questionnaire sont destinées à l'Assureur, aux réassureurs et à l'organisme prêteur.
Elles sont obligatoires pour la gestion de votre contrat d'assurance.
Par ailleurs, conformément à la loi "Informatique, fichiers et libertés", l'organisme prêteur pourra vous adresser des offres sur ses produits et services, sauf opposition de votre part. Dans ce cas, vous lui adresserez un courrier en ce sens.
Conformément à cette même loi, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à : CNP Assurances - Service Juridique, 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.

G004-3 - Juin 2010