

DEMANDE D'ADMISSION CNP ASSURANCES : MODE D'EMPLOI

Renseignez toutes les rubriques au stylo à bille, sans rature ni surcharge ni utilisation de fluide correcteur. La rapidité et la validité de votre dossier en dépendent.

A. RÉSERVÉ AU GIC

Ne remplissez pas ce cadre.

C. QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Questions 3 à 12 - Toutes les cases doivent être renseignées par «OUI» ou par «NON», écrit de votre main et en toutes lettres.

Chaque fois que vous répondez «OUI», vous devez également répondre aux questions à droite de la case :
« Pourquoi ? Depuis le ? Durée ? Taux ?... »

Ne faites aucune rature ni surcharge. Si vous vous êtes trompé, demandez un nouveau questionnaire.

ATTENTION !

Vous devez répondre vous-même et avec la plus grande exactitude. Vos réponses doivent être sincères et complètes afin d'éviter tout litige. En cas de fausse déclaration de votre part, l'assureur est en droit de faire annuler l'adhésion et vous ne serez alors pas couvert par l'assurance. Ne prenez pas ce risque !

CNP ASSURANCES (Inchiesta N° 2) Société Anonyme au Capital de 100 000 000 €
Société Assuratrice de la Branche des Assurances de Santé
CNP ASSURANCES - 115, rue de Valenciennes - 75013 PARIS CEDEX 13
GIC - GROUPE CASSE DES DÉPÔTS

BULLETIN INDIVIDUEL DE DEMANDE D'ADMISSION A L'ASSURANCE DECES-PTIA-ITT
CONTRAT N° 0497Q

A. COMPLETER PAR LE GIC

N° DE CHERCHER : 1 0 1 0 1 0 1 0 1 2 1 4 J
N° DE COLLECTIVITÉ : _____
INITIALES DU CONSEILLER : _____
MONTANT DU PRET : _____
QUOTITE : 1 1 1 0 1 0 J %
DUREE DU PRET : _____ Mois

B

M. Mme Mlle Co-empireur Co-empireur Cession
Née le _____ Lieu de naissance : _____ Département ou pays : _____
Nom : (nom de jeune fille) _____
Nom d'épouse : _____
Prénoms : _____
Adresse : Rés. Apt. Bât. : _____
N° de rue : _____ Commune : _____
Code Postal : _____
Préférence : _____

A

QUESTIONNAIRE DE SANTE (remplir très lisiblement)

JE DEMANDE A ADHÉRIER AU CONTRAT N°0497Q selon les modalités de la notice d'information (réf. CIC 0497Q-11-2010), dont je conserve l'exemplaire qui m'a été remis par le Prêtre. Dans le cadre d'une vente à distance, je donne expressément mon accord pour la prise d'effet de mes garanties dès la date de conclusion de mon adhésion, sans attendre l'expiration du délai de rétractation, moyennant le paiement de ma prime d'assurance. Je donne mon accord pour l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion. Les relations contractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.

1 Indiquez : • Votre taille cm • Votre poids kg

2 Si votre acuité visuelle avant correction est inférieure à 2 dioptries, indiquez-la : Oeil gauche /Oème dioptries Oeil droit /Oème dioptries
Si dans ce cas, indiquez votre correction en dioptries : Oeil gauche /Oème dioptries Oeil droit /Oème dioptries
Répondez obligatoirement OUI ou NON dans chaque case et si OUI, complétez. TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLÉT SERA RETOURNÉ.
Si vous le désirez, vous pouvez mettre ce questionnaire rempli, dans une enveloppe portant la mention « confidentiel-secre medical », à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances. Cette enveloppe cachetée doit être remise au Prêtre qui la lui transmettra sans l'ouvrir.

3 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé (soit congé légal de maternité) ? Pourquet ? Durées ?
Depuis le ? /

4 Êtes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité ? Pourquet ? Taux ?
Depuis le ? /

5 Êtes-vous ou avez-vous été exonéré du statut modérateur pour raison de santé ? Pourquet ?
Depuis le ? / (prise en charge à 100 %)

6 Avez-vous durant les cinq dernières années, interrompu votre travail pour raison de santé sur une période d'au moins 30 jours consécutifs ? Pourquet ? Durées ?
Depuis le ? /

7 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? Pourquet ? Durées ?
Raison de santé : /

8 Avez-vous subi au cours de votre existence : Pourquet ?
• une intervention chirurgicale, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? Pourquet ? Durées ?
• un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ? Pourquet ? Durées ?
• un traitement par laser, laser à CO2 ou laser au CO2 ? Pourquet ? Durées ?
• un traitement pour lumbago, lumbago ou sciatique ? Pourquet ? Durées ?
• un traitement pour troubles nerveux, dépression nerveuse ? Pourquet ? Durées ?
• un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? Pourquet ? Durées ?
• d'autres traitements de plus d'un mois ? Pourquet ? Durées ?

9 Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ? Pourquet ?
Depuis le ? /
L'af(ect)ion(s) :

10 Êtes-vous sous surveillance médicale ? Pourquet ? Depuis le ?
Êtes-vous en cours de traitement médical ? Pourquet ? Depuis le ? /

11 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois de :
réaliser des examens de laboratoire ou d'autres examens ? Pourquet ? Lesquels ?
Être hospitalisé ? Pourquet ? Quand ? /
opéré ? Pourquet ? Quand ? /

Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact, que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées et que je ne suis pas atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) qui entraîneraient la nullité de l'assurance. Je reconnais avoir été informé de la nullité du contrat (article L. 113.8 du Code des assurances).
Je reconnais avoir été informé de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire de santé (d'assurance) auprès de l'assureur, sans résiliation éventuelle dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre par écrit, à l'assureur, mes renseignements dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre par écrit, à l'assureur, mes renseignements dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre par écrit, à l'assureur, mes renseignements dans le respect du secret professionnel. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de transmettre par écrit, à l'assureur, mes renseignements dans le respect du secret professionnel.

Fait à : _____ Le : _____
Signature : _____

Exemplaire original destiné à CNP Assurances, copies à effectuer pour le candidat à l'assurance et le Prêtre.
CNP Assurances - 115, rue de Valenciennes - 75013 PARIS CEDEX 13
senté que vous pouvez accéder à tout moment auprès du Médecin-Conseil de CNP Assurances - 1, place Royal Library - 75016 PARIS CEDEX 13.

B. IDENTIFIANT DE LA PERSONNE
Écrivez lisiblement, en MAJUSCULES, un caractère par case.
Cochez les cases correspondant à votre situation. **N'oubliez aucune information.**

Question 2 - L'acuité visuelle est la capacité de l'oeil à distinguer les détails des objets et à en apprécier les formes. Elle est mesurée de 0 à 10/10^e. La dioptrie est l'unité de mesure du degré de correction visuelle.
Si vous ne portez pas de verres correcteurs (ou lentilles), ne répondez pas à cette question.

D. DÉCLARATIONS

Lisez attentivement l'intégralité du texte. Précisez le lieu de la demande d'adhésion. **N'oubliez pas de dater et de signer le document.**
Attention : la date que vous indiquez est importante. Elle fait notamment pour le décompte du **délai de validité de ce questionnaire de santé (3 mois)**.
Vous devez, de plus, signaler à l'assureur tout changement de votre état de santé qui surviendrait entre cette date et celle de prise d'effet de l'assurance.