CNP Assurances (pour les activités « vie »)
Société Anonyme au capital de
594 151 292 euros entièrement libéré
341 737 062 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 DECES-PTIA-ITT N° 0497Q

## A COMPLETER PAR LE GIC

N° DE CLIENT : I_0_I_0_I_9_I_2_I_4_I

N° DE COLLECTIVITE : I___I___I___I___I___I___I

INITIALES DU CONSEILLER : I___I___I___I___I

MONTANT DU PRET : I___I___I___I___I___I___I €

QUOTITE : I_1_I_0_I_0_I %

DUREE DU PRET : I___I___I___I Mois

## A COMPLETER PAR LE CANDIDAT A L'ASSURANCE

M.☐ Mme☐ Mlle☐ Né(e) le ..... Lieu de naissance : .....Département .....

Nom : (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

Nom d'épouse : I___I___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___I___I

Adresse : Rés., Appt., Bât : I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

N° de rue : I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Code Postal : I___I___I___I___I___I Commune I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Profession : I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I

Emprunteur ☐ Co-emprunteur ☐ Caution ☐

1 Indiquez : • Votre taille ..... cm • Votre poids ..... kg

2 Si votre acuité visuelle avant correction est inférieure à 2 dixièmes, indiquez-la : Oeil droit _____ /10ème Oeil gauche _____ /10ème
et dans ce cas, indiquez votre correction en dioptries : Oeil droit _____ dioptries Oeil gauche _____ dioptries

**Répondez obligatoirement OUI ou NON (en toutes lettres) dans chaque case et si OUI, complétez.**
**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 cachetée doit être remise au Prêteur.**

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNE

3 Etes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ? I_____I Pourquoi ?.....
Depuis le ? ...../...../..... Durée ? .....

4 Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité (joindre le justificatif) ? I_____I Pourquoi ? .....
Depuis le ? ...../...../..... Taux ?.....

5 Etes-vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur pour raison de santé ? I_____I Pourquoi ?.....
(prise en charge à 100 %) Quand ? .....

6 Avez-vous subi un test de dépistage de séropositivité VHB, VHC ou VIH ? I_____I

| (si oui, cochez le ou lesquels et indiquez leur date) | Cochez le(les)quel(s) | Date : | Résultats : positif | négatif |
|---|---|---|---|---|
| | VHB ☐ | ...../...../..... | ☐ | ☐ |
| | VHC ☐ | ...../...../..... | ☐ | ☐ |
| | VIH ☐ | ...../...../..... | ☐ | ☐ |

7 Avez-vous durant les cinq dernières années, interrompu votre travail pour raison de santé sur une période d'au moins 30 jours consécutifs ? I_____I Pourquoi ? .....
Quand ? ...../...../..... Durée ? .....

8 Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? I_____I 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? | I_____I | Pourquoi ? ..... | Quand ? ...../...../..... | |
| • un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ? | I_____I | Pourquoi ? ..... | Quand ? ...../...../..... | Durée ? ..... |
| • un traitement pour maladie rhumatismale ou ostéo-articulaire ? | I_____I | Pourquoi ? ..... | Quand ? ...../...../..... | Durée ? ..... |
| • un traitement pour lombalgie, lumbago ou sciatique ? | I_____I | Pourquoi ? ..... | Quand ? ...../...../..... | Durée ? ..... |
| • un traitement pour troubles nerveux, dépression nerveuse ? | I_____I | Pourquoi ? ..... | Quand ? ...../...../..... | Durée ? ..... |
| • un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? | I_____I | Pourquoi ? ..... | Quand ? ...../...../..... | Durée ? ..... |
| • d'autres traitements de plus d'un mois ? | I_____I | Pourquoi ? ..... | Quand ? ...../...../..... | Durée ? ..... |

10 Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ? I_____I La(es)quelle(s) ? .....
Depuis le ? ...../...../.....

11 Etes-vous sous surveillance médicale ? I_____I Pourquoi ? ..... Depuis le ? ...../...../.....
Etes-vous en cours de traitement médical ? I_____I Lesquels ? ..... 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 ? | I_____I | Pourquoi ? ..... | Lesquels ? ..... | |
| • être hospitalisé, traité ou opéré (si oui, cocher la ou les case(s) et précisez) ? | I_____I | Hospitalisé ☐ | traité ☐ | opéré ☐ |
| | | Pourquoi ? ..... | ..... | ..... |
| | | Quand ? ...../...../..... | ...../...../..... | ...../...../..... |

**Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées. Je reconnais avoir été informé 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 (article 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.**
**Je demande à adhérer au contrat d'assurance 0497Q souscrit par le Gic auprès de CNP Assurances pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail selon la quotité indiquée ci-dessus et conformément aux modalités détaillées dans la "Notice du contrat d'assurance de groupe Décès-PTIA-ITT n° 0497Q de décembre 2007" qui m'a été remise.**

**Fait à :** **Le :** **Signature :**

Vous êtes habilité à demander communication ou rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur des fichiers à l'usage de CNP Assurances et des réassureurs en vous adressant à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés (Loi n°2004-801 du 6 août 2004) - 4, place Raoul Dautry - 75015 PARIS.

G006-6 - Conditions à Juin 2010, sous réserve d'évolution de la réglementation.

# DEMANDE D'ADMISSION CNP ASSURANCES : MODE D'EMPLOI

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

## A. RÉSERVÉ AU GIC

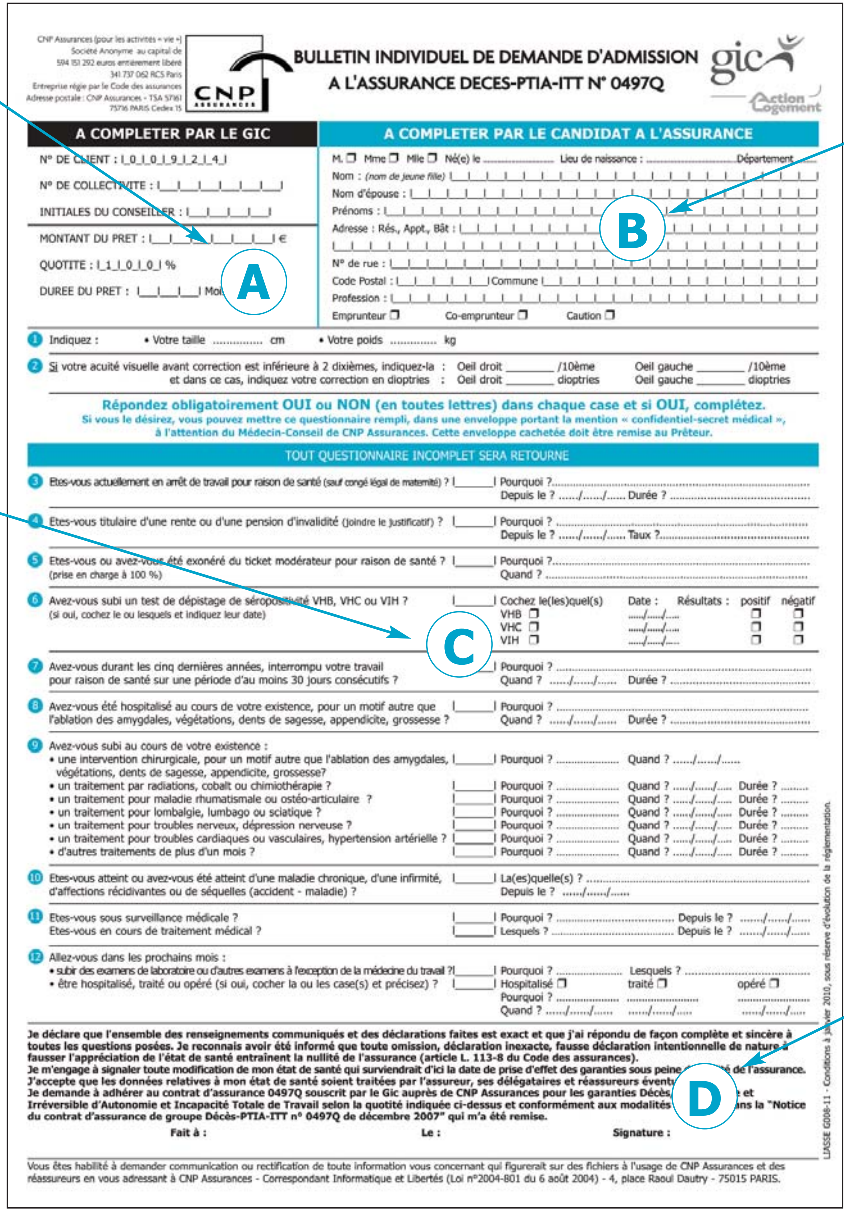
Ne remplissez pas ce cadre.

## 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 (pour les activités « vie ») Société Anonyme au capital de 594 151 292 euros entièrement libéré 341 737 062 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 DECES-PTIA-ITT N° 0497Q**

**A COMPLETER PAR LE GIC**

N° DE CLIENT : 0 0 9 2 4
N° DE COLLECTIVITE :
INITIALES DU CONSEILLER :
MONTANT DU PRET : €
QUOTITE : 1 0 0 %
DUREE DU PRET : Mois

**A COMPLETER PAR LE CANDIDAT A L'ASSURANCE**

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Né(e) le ........ Lieu de naissance : ........ Département
Nom : (nom de jeune fille)
Nom d'épouse :
Prénoms :
Adresse : Rés., Appt., Bât :
N° de rue :
Code Postal : Commune
Profession :
Emprunteur ☐ Co-emprunteur ☐ Caution ☐

1. Indiquez : • Votre taille ........ cm • Votre poids ........ kg
2. Si votre acuité visuelle avant correction est inférieure à 2 dixièmes, indiquez-la et dans ce cas, indiquez votre correction en dioptries : Oeil droit ____ /10ème ____ dioptries ; Oeil gauche ____ /10ème ____ dioptries

**Répondez obligatoirement OUI ou NON (en toutes lettres) dans chaque case et si OUI, complétez.**
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 cachetée doit être remise au Prêteur.

TOUT QUESTIONNAIRE INCOMPLET SERA RETOURNE

3. Etes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ? | Pourquoi ? ...... Depuis le ? ..../..../.... Durée ? ......
4. Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité (joindre le justificatif) ? | Pourquoi ? ...... Depuis le ? ..../..../.... Taux ? ......
5. Etes-vous ou avez-vous été exonéré du ticket modérateur pour raison de santé ? (prise en charge à 100 %) | Pourquoi ? ...... Quand ? ......
6. Avez-vous subi un test de dépistage de séropositivité VHB, VHC ou VIH ? (si oui, cochez le ou lesquels et indiquez leur date) | Cochez le(les)quel(s) VHB ☐ VHC ☐ VIH ☐ Date : ..../..../.... Résultats : positif ☐ négatif ☐
7. Avez-vous durant les cinq dernières années, interrompu votre travail pour raison de santé sur une période d'au moins 30 jours consécutifs ? | Pourquoi ? ...... Quand ? ..../..../.... Durée ? ......
8. Avez-vous été hospitalisé au cours de votre existence, pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? | 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? | Pourquoi ? ...... Quand ? ..../..../....
   - un traitement par radiations, cobalt ou chimiothérapie ? | Pourquoi ? ...... Quand ? ...... Durée ? ......
   - un traitement pour maladie rhumatismale ou ostéo-articulaire ? | Pourquoi ? ...... Quand ? ...... Durée ? ......
   - un traitement pour lombalgie, lumbago ou sciatique ? | Pourquoi ? ...... Quand ? ...... Durée ? ......
   - un traitement pour troubles nerveux, dépression nerveuse ? | Pourquoi ? ...... Quand ? ...... Durée ? ......
   - un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ? | Pourquoi ? ...... Quand ? ...... Durée ? ......
   - d'autres traitements de plus d'un mois ? | Pourquoi ? ...... Quand ? ...... Durée ? ......
10. Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ? | La(es)quelle(s) ? ...... Depuis le ? ..../..../....
11. Etes-vous sous surveillance médicale ? | Pourquoi ? ...... Depuis le ? ..../..../....
    Etes-vous en cours de traitement médical ? | Lesquels ? ...... 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 ? | Pourquoi ? ...... Lesquels ? ......
    - être hospitalisé, traité ou opéré (si oui, cocher la ou les case(s) et précisez) ? | Hospitalisé ☐ traité ☐ opéré ☐ Pourquoi ? ...... Quand ? ..../..../....

**Je déclare que l'ensemble des renseignements communiqués et des déclarations faites est exact et que j'ai répondu de façon complète et sincère à toutes les questions posées. Je reconnais avoir été informé 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 (article 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 l'assurance.**
**J'accepte que les données relatives à mon état de santé soient traitées par l'assureur, ses délégataires et réassureurs éventu[...]**
**Je demande à adhérer au contrat d'assurance 0497Q souscrit par le Gic auprès de CNP Assurances pour les garanties Décès, [...] et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Totale de Travail selon la quotité indiquée ci-dessus et conformément aux modalités [...] dans la "Notice du contrat d'assurance de groupe Décès-PTIA-ITT n° 0497Q de décembre 2007" qui m'a été remise.**

Fait à : Le : Signature :

Vous êtes habilité à demander communication ou rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur des fichiers à l'usage de CNP Assurances et des réassureurs en vous adressant à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés (Loi n°2004-801 du 6 août 2004) - 4, place Raoul Dautry - 75015 PARIS.

LIASSE G008-11 - Conditions à janvier 2010, sous réserve d'évolution de la réglementation.

## B. IDENTIFIANT DE LA PERSONNE

Ecrivez 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 10/10è.
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 foi 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.