

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

(Les réponses au présent questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à

NOM :

Date de naissance : [] [] 19[] []

PRENOM :

Votre taille (hauteur) cm Votre poidskg

NOM de jeune fille :

[Exemple : Taille : 170 cm - Poids : 65 kg]

Adresse actuelle :

Ecart (taille/poids) : (taille en cm - 100 - poids en kg)

.....

[Exemple Ecart : 5 (170 cm - 100 - 65 kg)]

Code postal/Ville

	QUESTIONS	Répondre par OUI ou NON	SI OUI, PRÉCISIONS DEMANDÉES (utiliser si nécessaire une feuille annexe)
1	- Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des arrêts de travail de plus d'un mois (sauf congé légal de maternité) ? - Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou exercez-vous une activité réduite ou modifiée pour raison de santé ?	..... .....	Date d'arrêt : Durée : Motif : Traitement suivi :
2	- Au cours des 5 dernières années, avez-vous été soigné en établissement hospitalier (sauf pour maternité, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, hernie inguinale, hémorroïdes, calculs biliaires) ? - Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ?	..... .....	Lesquelles : A quelle(s) date(s) : Suites : <i>(joindre le compte rendu opératoire + histologie)</i>
3	Etes-vous atteint d'une infirmité quelconque, d'une maladie grave ou chronique ou en état d'invalidité ?	.....	Laquelle : A quelle(s) date(s) : Cause : Taux d'invalidité :
4	Suivez-vous un traitement régulier ou faites-vous l'objet d'une surveillance médicale ?	.....	Lesquels : Pour quelle affection : Depuis quelle date :
5	Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du Ticket Modérateur (prise en charge à 100 %) ?	.....	Quand : Motif :
6	Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi des examens complémentaires biologiques (Hépatite, HIV, Glycémie, ...), radiologiques ou autres dont le résultat s'est révélé anormal ?	.....	Date des examens et résultats : <i>(joindre les comptes rendus)</i>
7	Avez-vous déjà, dans le cadre d'une décision d'assurance, été refusé, ajourné, accepté avec surprime ou exclusion(s) ?	.....	Date : Motif :
8	Etes-vous atteint d'une myopie dont la correction dépasse 5 dioptries ?	.....	Nombre de dioptries : OG OD : Traitement :

Ces informations sont couvertes par le secret professionnel mais vous pouvez, si vous le souhaitez répondre seul au questionnaire médical. Quelles que soient les réponses données, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au Médecin Conseil de la Société. Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire sous pli cacheté au Médecin Conseil.

OUI J'accepte que ce questionnaire soit communiqué au Service Médical de la société qui après examen, pourra si nécessaire me demander des renseignements ou des documents médicaux complémentaires.

NON Je le transmets par pli cacheté au Médecin Conseil de la Société.

Je certifie exacts les renseignements donnés sur ce formulaire et reconnais que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle tendant à atténuer l'importance du risque, entraînerait la nullité de l'assurance, conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances.

Fait à _____ Le _____

(signature de la personne à assurer précédée de la mention "LU ET APPROUVÉ")



Renseignements concernant la personne à assurer

ASSURE(E) : Mr. Mme Mlle Qualité : Emprunteur Co-Emprunteur Nom du conjoint :

NOM : PRENOM : Date de naissance : / /

NOM de jeune fille : Département de naissance : Lieu de naissance :

Pays : Nationalité : PROFESSION :

VOS COORDONNÉES ACTUELLES :

N° et Voie : Code Postal :

VILLE : PAYS :

Tél. : Tél. mobile : Email :

VOS FUTURES COORDONNÉES (Date prévisionnelle de déménagement)Mois : Année :

N° et Voie : Code Postal :

VILLE : PAYS :

ADHÉRENT SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ : Nom/Raison sociale :

N° et Voie : Code Postal :

VILLE : PAYS :

Caractéristiques des prêts à assurer

	Montant initial du prêt	Type de prêt (1)	Taux	Fréquence de remboursement du prêt (2)	Durée TOTALE du prêt (mois)	DONT Durée différée (mois)	Date débloccage MM/AAAA si connue	BÉNÉFICIAIRE : <input type="checkbox"/> Organisme financier (nom et adresse complète) <input type="checkbox"/> Autre(s)
Prêt 1	€		%				/	
Prêt 2	€		%				/	
Prêt 3	€		%				/	

OBLIGATOIRE : Tarif Capital Initial **OU** Tarif Capital Restant Dû

(1) Type de prêts : 1 : Amortissable 2 : In fine 3 : Prêt Relais 4 : Crédit Bail 5 : Location financière

(2) Indiquer la fréquence du remboursement : M : Mensuel T : Trimestriel S : Semestriel A : Annuel

Garantie demandées :

DATE D'EFFET : / / (Au plus tard : la date de débloccage des fonds)

Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (DC/PTIA)	Invalidité Permanente Totale (IPT) Incapacité Temporaire Totale (ITT) (3)	Garantie Chômage	Garantie Revente
Quotité assuré : _____ %	Franchise : 90 jours <input type="checkbox"/> 180 jours <input type="checkbox"/> 360 jours <input type="checkbox"/>	Quotité assuré : _____ % <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) Possibilité de s'assurer pour une quotité de 100%, 75% ou 50% si et seulement si une quotité de 100% a été choisie en DC/PTIA. Dans le cas contraire, mentionner une quotité assurée identique à celle assurée en DC/PTIA.



Prime

PRIME UNIQUE (PU)	PRIME FRACTIONNÉE POSSIBLE *	FRAIS DE DOSSIER		FOLIO
<input type="checkbox"/>	■ Fractionnement : Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> ■ Prélèvement intégral de la cotisation de 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/>	Vous êtes déjà client Assurea : <input type="checkbox"/> 19 € N° de dossier : _____	Vous n'êtes pas encore client Assurea : <input type="checkbox"/> 46 € (8 € droit d'entrée ANP + 38 € frais de dossier)	<input type="checkbox"/>

* Frais annexes de gestion : 3% de la cotisation H T (uniquement à partir de la seconde année si prélèvement intégral de la cotisation de 1^{ère} année)

JE SOUSSIGNE(E) :

- Demande à adhérer à l'Association ANP et à la convention d'assurance collective ASSUREA PRÊT.
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la note d'information ASSUREA PRÊT définissant les garanties de ladite convention, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- Atteste savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans mes réponses entraînera la nullité de l'assurance (article L.113-8 du Code des Assurances)
- Reconnais avoir été informé(e) que je peux demander communication et rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de L'Assureur, de ses mandataires, de tout organisme professionnel concerné ; ce droit s'exerce au siège de l'Assureur (Loi 78.17 du 06.01.1978)

SIGNATURE DE L'ASSURE(E)
 précédée de la mention "LU ET APPROUVÉ"

SIGNATURE DE L'ADHERENT(E)
 (si différent de la personne à assurer)
 précédée de la mention "LU ET APPROUVÉ"

CODE(S) CONSEILLER(S)

888 888 _____

Tél. fixe : _____

Tél. mobile : _____

Email : _____

Fait à _____ Le _____

Fait à _____ Le _____

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT (à dater et à signer)

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande auprès de ma banque. Je réglerai le différend directement avec SPB, Organisme Gestionnaire.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER NOM PRENOMS..... Adresse Code Postal Ville.....	N° NATIONAL D'EMETTEUR : 115711
	SPB- Service ASSUREA 76095 LE HAVRE Cedex
Compte à débiter Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |	NOM ET ADRESSE POSTALE DE L' ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER Etablissement Adresse Code Postal Ville

A le
IMPORTANT : Joindre à la présente autorisation de prélèvement un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB ou RIP)

Signature : _____