



DOSSIER ASSURANCE EMPRUNTEUR

Les modalités de souscription

4 étapes très simples :

1. Vous remplissez la « Demande de tarification » ainsi que les « questionnaires de santé de base » **auxquels vous joignez votre règlement de 75 euros** (à l'ordre de CAPVIE) pour les frais administratifs d'étude de dossier.
2. Nous vous transmettons par retour le dossier médical à nous constituer en fonction de votre état de santé déclaré (ou de vos risques professionnels).
3. A réception de votre dossier complet, nous vous transmettons sous 10 jours ouvrés les conditions d'acceptation (garanties délivrées et tarif) ou de refus.
4. Dès votre accord sur ces conditions, vous recevez le certificat d'assurance confirmant l'acceptation, à transmettre à votre banque.

AVERTISSEMENT. Le service assurance emprunteur risques aggravés de sos-assurance.com vous permet d'accéder aux tarifications d'assureurs spécialistes des risques médicaux et professionnels. Le fait de nous soumettre votre dossier, ne vous garantit pas d'obtenir automatiquement un accord d'assurance. Nous vous offrons une garantie de moyen et non de fin.

Dossier à retourner à :

CAPVIE – Cellule Risques
16 avenue du Raincy
93250 VILLEMOMBLE

DEMANDE DE TARIFICATION ASSURANCE DE PRÊT RISQUES AGGRAVES

Code APR : 54458
Code ACA : CAPVIE

N° DOSSIER :

CAPVIE ASSURANCES
16 avenue du Raincy
93250 VILLEMOMBLE
TEL. 0826 620 020

GARANTIES DEMANDEES

- DECES – PTIA
 DECES – PTIA – ITT - IPT

NOM et Prénom : N° d'immat. S.S. de l'Assuré :
Date et lieu de Naissance (Dépt., Ville, arrdt, Pays) :

Adresse :
Code Postal : Ville : Pays :
Téléphone : Fax : Adresse Email (Internet) :
Téléphone professionnel : Téléphone Portable :

Nature de l'activité professionnelle :
Employeur : Type contrat de travail

INFORMATIONS SUR LE PRET A ASSURER

Montant global du prêt : euros - Durée du prêt : mois - Taux d'intérêt :%
Date de la 1ere échéance : Montant d'une échéance :
Périodicité de remboursement : Mensuel – Trimestriel – Semestriel – Annuel (1)
Date d'effet de la garantie : Pourcentage du prêt à garantir sur la tête de l'assuré : %
Qualité de l'Assuré : Emprunteur – Co-emprunteur – Caution (1) (1) Rayer les mentions inutiles
Nom de l'établissement Bancaire ou financier :
Adresse :
C.P. : Ville :
Tél. : Fax : Adresse Email :

- Sous réserve de l'étude du dossier médical, la garantie prend effet après la signature du contrat et le paiement de la première prime.
- Je certifie exactes les déclarations précédentes et reconnais être informé des dispositions de l'article L113.8 du Code des Assurances sanctionnant toute réticence ou fausse déclaration.
- Droits d'accès et de rectification des informations nominatives suivant Loi 78/17 du 6.1.1978.

A, le
Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposé de sa main.

QUESTIONNAIRE DE SANTE N°1

Ce document devra être rempli impérativement par la personne à assurer et une réponse précise sera apportée à chacune des questions posées.

1 NOM et Prénom : N° d'immat. S.S. de l'Assuré :
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Pays :
 Date et lieu de Naissance (Dépt., Ville, arrdt, Pays) :
 Nationalité :
 Situation de famille : Célibataire Marié(e) ou concubin(e) Veuf(ve) Divorcé(e) ou séparé(e)
 Nature de l'activité professionnelle :
 Votre profession comporte – t – elle des activités particulières ou dangereuses ?.....

2

	S'ils sont vivants		S'ils sont décédés	
	Age	Etat de santé - Antécédents	Age	Année et cause du décès
Père				
Mère				
Frères / Sœurs				
Conjoint				
Enfants				

3 SERVICE MILITAIRE : OUI NON Date :

Si vous avez été exempté ou réformé, pour quels motifs ?.....

4

	OUI	NON	Commentaires
Avez - vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? Si oui, date - motif - nom de la compagnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes - vous actuellement titulaire d'assurance de personnes (Décès, incapacité, invalidité) ? Si oui, date d'effet - nom de la compagnie - garanties - montants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez – vous par ailleurs des propositions en cours ou envisagez – vous d'en soumettre (compagnie – garanties – montants) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5

	OUI	NON	Commentaires
Pratiquez – vous des sports ? Lesquels ? (Préciser avec ou sans compétition).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisez – vous des engins aériens privés ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisez – vous une moto ? (Préciser la cylindrée).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6

	OUI	NON	Commentaires
Consommez – vous des boissons alcoolisées ? (Bière, vin, apéritif) en cl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes – vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisez – vous ou avez – vous utilisez des produits considérés comme des drogues (haschisch, marijuana, cocaïne, LSD...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7

	OUI	NON	Commentaires
Avez – vous été victime d'accident (d'automobile ou autre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8

	OUI	NON	Commentaires
Etes – vous titulaire d’une pension d’invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une procédure de mise en invalidité est – elle ou va – t – elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9

	OUI	NON	Commentaires
Etes – vous actuellement en arrêt de travail ? Depuis quand ? Motif – Date de reprise prévisible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durant les 5 dernières années, avez – vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines consécutives ? Quand ? - Durée de chaque arrêt – Motif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10

AU COURS DES 10 DERNIERES ANNEES	OUI	NON	Dates – Durées – Motifs – résultats. Indiquer les interventions chirurgicales subies s’il y a lieu.
Avez – vous fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé ? Avez vous subi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Des examens médicaux du type :			
- Sang, urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Electrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Radiographies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Test de dépistage (toxoplasmose, hépatite B, test ELISA, test HIV...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Un traitement spécialisé tels que rayons, chimiothérapie, immunothérapie ou cobaltothérapie..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Des transfusions de sang ou de dérivés sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11

SOUFFREZ – VOUS OU AVEZ VOUS ETE ATTEINT DE :	OUI	NON	Préciser la nature exacte, la date de découverte, les traitements, l’évolution.
Maladies de l’appareil respiratoire (Toux de longue durée, crachement de sang, essoufflements...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies de l’appareil cardio-vasculaire (infarctus, hypertension artérielle, artérite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies de l’appareil digestif (jaunisse, hépatite, diarrhée chronique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies de l’appareil urinaire et génital (albuminurie et sang dans les urines, maladies sexuellement transmissibles...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies du système nerveux (paralysies, méningite, épilepsie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies neuro – psychique (dépression nerveuse, tentative de suicide...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies du sang, des ganglions et de la rate (anémie, présence de ganglions anormaux, hémophilie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies endocriniennes ou métaboliques (diabète, goutte, anomalies de la thyroïde...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies des os et des articulations (Arthrose, rhumatismes divers...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies de la peau (exérèse de grains de beauté, autres lésions...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Maladies infectieuses sévères ou compliquées (tuberculose, hépatite A ou B, infections à répétition...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acuité Visuelle : Œil Droit Œil Gauche Avant correction : / 10 / 10 Après correction : / 10 / 10
Maladies parasitaires ou mycoses (paludisme, bilharziose, candidose...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies des organes des sens, troubles oculaires et auditifs (Myopie, surdité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres maladies non citées ci – dessus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12

	OUI	NON	Quand – Pour quel(s) motif(s)
Devez – vous être hospitalisé prochainement ou subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13

	OUI	NON	Le(s)quel(s) – Depuis quand et pourquoi ?
Utilisez – Vous habituellement des médicaments contre les maux de tête, les douleurs, la fatigue, des somnifères, des antibiotiques, des tranquillisants ou du magnésium ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suivez – vous actuellement un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14

Quel est ?

 Votre taille Cm

 Votre poids Kg

15

	OUI	NON	Commentaires
Votre poids s'est il modifié durant les deux dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Connaissez – vous votre tension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

16

POUR LES FEMMES SEULEMENT	OUI	NON	Donner des précisions : causes, dates, depuis quand ?
Grossesses et accouchements antérieurs :			
- Normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Compliqués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossesse en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Affections des organes génitaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Affections des seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisez vous une contraception orale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je déclare que les réponses aux questions ci – dessus sont complètes et conformes à la vérité ; j'affirme n'avoir rien caché, omis ou dissimulé, et je prend acte que lesdites réponses constituent des éléments indispensables pour l'appréciation du risque, une déclaration fausse ou réticente de ma part entraînant la nullité du contrat d'assurance.

A, le
Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposé de sa main.

