**RECUEIL D'INFORMATIONS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° |  | **1er assuré** | **2ème assuré** |
|  | **ETAT CIVIL ET COORDONNEES DES ASSURES** |
| 1 | Nom de naissance |  |  |
| 2 | Prénom |  |  |
| 3 | Date et Lieu de Naissance |  |  |
| 4 | Nationalité |  |  |
| 5 | Situation matrimoniale |  |  |
| 6 | L’assuré a-t-il des enfants ? (Préciser l’année de naissance) |  |  |
| 7 | Adresse actuelle de résidence PINCIPALE / FISCALE |  |  |
| 8 | Mail |  |  |
| 9 | Téléphone |  |  |
|  | **HABITUDES DE TAVAIL** |
| 10 | Profession |  |  |
| 11 | Domaine d’activité |  |  |
| 12 | Statut professionnel : | Salarié non-cadre [ ] Salarié cadre [ ] Fonctionnaire [ ] Travailleur non salarié (TNS) [ ] Retraite [ ] Autre (préciser): …………………..……………………………………….  | Salarié non-cadre [ ] Salarié cadre [ ] Fonctionnaire [ ] Travailleur non salarié (TNS) [ ] Retraite [ ] Autre (préciser): …………………...……………………………………….  |
| 13 | Travail :  | A temps complet [ ]  A temps partiel [ ]   | A temps complet [ ]  A temps partiel [ ]   |
| 14 | Effectuez-vous un travail manuel ou nécessitant la manutention de charges de +15kg (si oui, préciser) ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 15 | Effectuez-vous un travail à +15m de hauteur (si oui, préciser la hauteur) ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 16 | Votre emploi vous amène-t-il à travailler au contact de radiations ionisantes ou charges explosives ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 17 | Effectuez-vous plus de 15000km professionnels par an ? (Si oui, préciser) | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 18 | Etes-vous Militaire, Gendarme, Policier, Policier Municipal, Pompier, Marin, Fonctionnaire diplomatique ? (si oui, préciser) | [ ] Oui [ ] Non Quoi ? ………………………. | [ ] Oui [ ] Non Quoi ? ………………………. |
| 19 | - Avez-vous déjà rempli une proposition d'assurance pour des risques décès ou d'invalidité ayant donné lieu à refus, ajournement, restriction ou majoration ?- Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou en travail à temps partiel pour raison médicale ?- Etes-vous déjà assuré en cas de décès ou d'invalidité par un contrat en cours de même nature ?**MONTANT TOTAL DES ENCOURS :****Dans quelle(s) compagnie(s) :** | [ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non………………………………………..€………………………………………………. | [ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non[ ] Oui [ ] Non………………………………………..€………………………………………………. |
|  | **CARACTERISTIQUES DU PRÊT** |
| 20 |  [ ]  **Changement d’assurance (préciser la date de l’offre de prêt initiale : ……………………………)** [ ]  **Nouvel emprunt** |
| 21 | Montant  |  |
| 22 | Durée restante (en mois) |  |
| 23 | Taux nominal |  |
| 24 | Type de prêt (Taux fixe ou variable, à paliers, échéances constantes ou non, in fine, ...) |  |
| 25 | Destination du prêt | Résidence principale [ ]  Résidence secondaire [ ]  Résidence Locative [ ]  Professionnel [ ]  Autre : ……………...…………… |
| 26 | Adresse établissement prêteur |  |
|  | **ASSURANCES ENVISAGEES** |
| 27 | Indiquer le souscripteur si différent des assurés (Forme, dénomination, adresse, gérant) |  |
| 28 | IBAN / BIC (Saisir les deux si différents) |  |  |
|  |  | **1er assuré** | **2ème assuré** |
| 29 | Quotité (en%) |  |  |
| 30 | Date d’effet souhaitée |  |
| 31 | Garanties minimales au regard des exigences de votre établissement prêteur***\*Lors de l’étude du dossier d’assurance, les garanties proposées pourront se voir être modifiées sans que cela ne nécessite une nouvelle formalisation du présent document*** | **Equivalence bancaire [x] Oui, [ ] Non \****Ou*Décès (DC) [ ] Oui, [ ] NonPerte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) [ ] Oui, [ ] NonInvalidité Permanente et Totale (IPT) [ ] Oui, [ ] NonIncapacité Temporaire de Travail (ITT) [ ] Oui, [ ] NonFranchise [ ] 15j, [ ] 30j, [ ] 60j, [ ] 90j, [ ] 180j Incapacité Permanente Partielle (IPP) [ ] Oui, [ ] NonAffections dos et psy sans condition d’hospitalisation [ ] Oui, [ ] NonChômage [ ] Oui, [ ] Non  | **Equivalence bancaire [x] Oui, [ ] Non \****Ou*Décès (DC) [ ] Oui, [ ] NonPerte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) [ ] Oui, [ ] NonInvalidité Permanente et Totale (IPT) [ ] Oui, [ ] NonIncapacité Temporaire de Travail (ITT) [ ] Oui, [ ] NonFranchise [ ] 15j, [ ] 30j, [ ] 60j, [ ] 90j, [ ] 180j Incapacité Permanente Partielle (IPP) [ ] Oui, [ ] NonAffections dos et psy sans condition d’hospitalisation [ ] Oui, [ ] Non Chômage [ ] Oui, [ ] Non  |
|  | **HABITUDES ET ACTIVITES** |
|  |  | **1er assuré** | **2ème assuré** |
| 32 | TAILLE (en cm) / POIDS (en kg) |  |  |
| 33 | Avez-vous fumé ou vapoté durant les 24 derniers mois ?  | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 34 | Pratiquez-vous un sport de combat ou arts martiaux ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 35 | Pratiquez-vous l'aviation ou le parachutisme ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 36 | Pratiquez-vous les sports automobiles ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 37 | Pratiquez-vous l'équitation ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 38 | Pratiquez-vous les sports de montagne ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 39 | Pratiquez-vous le motocyclisme ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 40 | Pratiquez-vous le motonautisme ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 41 | Pratiquez-vous la plongée subaquatique ?  | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 42 | Pratiquez-vous la spéléologie ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 43 | Pratiquez-vous la voile ? | [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non |
| 44 | Envisagez-vous au cours de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors des zones ou pays suivants : Europe (EU, AELE), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ?  |  [ ] Oui [ ] Non Où ? …………………………..[ ] A titre Personnel [ ] A titre Professionnel [ ] A titre Humanitaire Fréquence :[ ] Régulière [ ] Occasionnelle Quand :[ ] Dans les 12 prochains mois [ ] Futur  |  [ ] Oui [ ] Non Où ? …………………………..[ ] A titre Personnel [ ] A titre Professionnel [ ] A titre Humanitaire Fréquence :[ ] Régulière [ ] Occasionnelle Quand :[ ] Dans les 12 prochains mois [ ] Futur  |
| 45 | Personne politiquement exposée (PPE) ?Personne liée à une PPE ? | [ ] Oui [ ] NonFonction : ……………………Depuis quand : ………………Pays d’exercice : ……………. [ ] Oui [ ] NonFonction exercée : ……………Nature du lien : ……………… | [ ] Oui [ ] NonFonction : …………………Depuis quand : ……………Pays d’exercice : …………. [ ] Oui [ ] NonFonction exercée : …………Nature du lien : …………… |
| 46 | Pratiquez-vous un ou plusieurs sports et /ou une ou plusieurs activités(y compris à titre de loisir et/ou de manière occasionnelle) ?  | [ ] Oui [ ] Non Lequel :…………………………….A quelle fréquence ?………………………………………..A titre professionnel ? [ ] Oui [ ] Non En compétition ?  [ ] Oui [ ] Non | [ ] Oui [ ] Non Lequel :…………………………….A quelle fréquence ?………………………………………..A titre professionnel ? [ ] Oui [ ] Non En compétition ?  [ ] Oui [ ] Non  |
| 47 | Remarques particulières à prendre en compte ? : |