**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 Oui, Non \***  *Ou*  Décès (DC) Oui, Non  Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) Oui, Non  Invalidité Permanente et Totale (IPT) Oui, Non  Incapacité Temporaire de Travail (ITT) Oui, Non  Franchise 15j, 30j, 60j, 90j, 180j  Incapacité Permanente Partielle (IPP) Oui, Non  Affections dos et psy sans condition d’hospitalisation Oui, Non  Chômage Oui, Non | **Equivalence bancaire Oui, Non \***  *Ou*  Décès (DC) Oui, Non  Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) Oui, Non  Invalidité Permanente et Totale (IPT) Oui, Non  Incapacité Temporaire de Travail (ITT) Oui, Non  Franchise 15j, 30j, 60j, 90j, 180j  Incapacité Permanente Partielle (IPP) Oui, Non  Affections 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 Non  Fonction : ……………………  Depuis quand : ………………  Pays d’exercice : …………….    Oui Non  Fonction exercée : ……………  Nature du lien : ……………… | Oui Non  Fonction : …………………  Depuis quand : ……………  Pays d’exercice : ………….    Oui Non  Fonction 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 ? : | | | |