

Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



Déclaration spéciale non-fumeurs



1^{ÈRE} PERSONNE À ASSURER :

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

2^{ÈME} PERSONNE À ASSURER :

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Nous soussignés, **déclarons** sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer, depuis au moins 24 mois, sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical. En outre, nous nous **engageons** à informer l'Assureur si nous commençons ou recommençons à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. A cet égard, l'Assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

Nous soussignés **déclarons** être informés que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de la demande d'adhésion au contrat d'assurance n°1229 souscrit auprès de DIRECT ASSURANCE VIE, responsable du traitement du dossier, et que l'assureur peut communiquer les réponses à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion du dossier.

Nous soussignés certifions que les renseignements fournis sont exacts et prenons acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de notre part entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L113-8 du Code des assurances dont un extrait est reproduit dans la notice d'information.

Nous **disposons** d'un droit d'accès et de rectification auprès de **SPB, MEDECIN CONSEIL, PREMIUM EMPRUNTEUR, 76095 LE HAVRE CEDEX.**

Fait à : Le : / /

Signature de la 1^{ère} personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

Signature de la 2^{ème} personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

Important

Pour bénéficier de la tarification non-fumeur, les personnes à assurer dont le cumul des capitaux assurés est supérieur à 1 000 000 euros doivent transmettre au Médecin Conseil de SPB, préalablement à la prise des garanties, le résultat d'un dosage de cotinine urinaire.



C: COURTAGE
17 Villa du Petit Parc
94000 CRETEIL
Tél. : 01 45 17 68 68