

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



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



Déclaration d'état de santé



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

NOUS ATTIRONS VOTRE ATTENTION SUR LA NÉCESSITÉ DE LIRE AVEC LE PLUS GRAND SOIN CETTE DÉCLARATION, EN PRENANT LE TEMPS DE LA RÉFLEXION.

Vous pouvez la compléter si le total des encours assurés au titre du présent contrat et du crédit à assurer est égal ou inférieur à 200 000 € et si vous avez moins de 45 ans. Sinon, vous devez répondre au questionnaire de santé.

PERSONNE À ASSURER

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution Assuré

Je soussigné(e) déclare :

1. Ne pas être actuellement en arrêt partiel ou total de travail et/ou ne pas avoir eu au cours des 5 dernières années un arrêt de travail supérieur à 30 jours consécutifs pour maladie ou accident.
2. Ne pas avoir été atteint(e) au cours des 5 dernières années de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale (traitements, soins médicaux, médicaments) en dehors de la médecine du travail, du suivi des grossesses.
3. Ne pas être actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou ne pas prendre des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs).
4. Que la différence entre ma taille (hauteur exprimée en cm) et mon poids (exprimé en kg) est comprise entre 80 et 120.
5. Ne pas avoir subi au cours des 10 dernières années, et ne pas devoir subir dans les 12 prochains mois, une (ou des) intervention(s) chirurgicale(s) (à l'exclusion toutefois de l'ablation de l'appendicite, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire, de dents de sagesse, de l'opération d'une hernie inguinale ou ombilicale, d'une césarienne).
6. Ne pas avoir séjourné plus de 15 jours consécutifs, au cours des 10 dernières années, dans un hôpital, une clinique, une maison de santé ou un établissement thermal (prescrit médicalement).
7. Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB (Virus de l'Hépatite B), VHC (Virus de l'Hépatite C), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) dont le résultat se soit révélé positif.
8. Ne pas être atteint(e) d'une maladie ou accident de quelque nature que ce soit, ou d'un handicap ou d'une malformation congénitale ou être reconnu(e) en invalidité.
9. Ne pas être titulaire d'une pension pour maladie ou accident, ou d'une rente accident de travail supérieure à 15 %.
10. Ne pas résider, et/ou ne pas être amené(e) à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne.
11. Ne pas cumuler des couvertures individuelles d'assurance décès dont l'encours assuré au titre du présent contrat et du crédit à assurer est supérieur à 200 000 €.

Je soussigné(e) **déclare** être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de ma demande d'adhésion au contrat souscrit auprès de Direct Assurance Vie, responsable du traitement, et que l'assureur peut communiquer mes réponses à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion du dossier.

Je **déclare** avoir reçu, pris connaissance, rester en possession de la notice d'information du contrat et en accepter tous les termes.

Je **reconnais** avoir pris connaissance de l'article L.113-8 du code des Assurances, reproduit ci-après :

"[...] Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur."

Je **reconnais** savoir qu'en cas de décès, le versement de la prestation sera subordonné à la production d'un certificat médical indiquant notamment les causes du décès.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients - PREMIUM EMPRUNTEUR - dont l'adresse figure dans la notice d'information.

Fait à : Le : ____ / ____ / ____

Signature de la personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

Ne pouvant satisfaire à la déclaration d'état de santé ci-dessus, je m'engage à remplir le questionnaire de santé.

La durée de validité des présentes déclarations est de **180 jours**. Si la prise d'effet des garanties devait intervenir plus de 180 jours après la date de signature du présent document, la décision de l'assureur pourrait être subordonnée au renouvellement des formalités