



Compléter votre questionnaire de santé en ligne

C'est simple
et rapide !

- ▶ Préparez la souscription en Ligne
- ▶ Complétez le questionnaire de santé en Ligne :
À l'occasion de votre souscription, il vous est demandé de répondre à un questionnaire de santé.



COMPLÉTER VOTRE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EN LIGNE : C'EST SIMPLE ET RAPIDE !

▶ PRÉPAREZ LA SOUSCRIPTION EN LIGNE

Pour réaliser votre demande d'adhésion en ligne vous avez besoin des éléments suivants :

- Votre identifiant transmis par courriel par le Crédit Agricole Sud Méditerranée
- Votre mot de passe transmis par courriel par CNP Assurances
- Votre téléphone portable à portée de main

Connectez vous sur le site <https://cnpnet.cnp.fr> (rappelé dans le courriel de CNP Assurances)

Attention, si vous ne parvenez pas à lire le code de sécurité, cliquez dessus pour en générer un nouveau

Afin de vous permettre de préparer la saisie des réponses au questionnaire de santé, nous vous invitons à prendre connaissance des questions qui vous seront posées, au dos de ce document.

[Cliquer sur poursuivre](#), lisez le consentement du candidat puis cochez et cliquez sur « Accepter »

▶ COMPLÉTEZ LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EN LIGNE

Vérifiez l'exactitude des informations à l'écran avant de poursuivre :

- Votre identité (nom, prénom, date de naissance, adresse postale)
- Les caractéristiques de votre financement (montant, durée)
- Les garanties d'assurance et les quotités que vous avez choisies avec votre conseiller.

Répondez aux questions sur votre état de santé.

A chaque question, vous avez à votre disposition une liste de pathologies qui s'affiche après saisie des 3 premiers caractères.

Si vous ne trouvez pas votre pathologie dans cette liste, nous vous invitons à la saisir directement dans la zone de saisie libre.

Si des formalités médicales complémentaires sont nécessaires, vous pourrez choisir le médecin et/ou le laboratoire le plus pratique pour vous parmi ceux proposés. Ces formalités sont entièrement prises en charge par CNP Assurances.

▶ COMPLÉTEZ LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EN LIGNE

Pour valider votre souscription, vous devez d'abord télécharger et lire :

- La convention de preuve
- La notice d'information sur la convention « AERAS »

Sauvegardez ces documents puis cliquez sur « poursuivre »

- Questionnaire de santé : renseigner le code d'authentification reçu par SMS puis cliquez sur signer et poursuivre
- Demande d'adhésion-assurance emprunteur : signez et poursuivre.
- Téléchargez les documents signés électroniquement puis cliquez sur « finaliser ».

Par ailleurs, vous devez adresser les résultats de vos examens si vous en avez (visite médicale et/ou bilan), à l'adresse ci-contre :

CNP ASSURANCES / DIRECTION SOUSCRIPTION
TSA 57161 - 75716 PARIS CEDEX 15



POUR VOTRE PRÊT, GAGNEZ DU TEMPS ! PREPAREZ VOS REPONSES AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

▶ À L'OCCASION DE VOTRE SOUSCRIPTION, IL VOUS EST DEMANDÉ DE RÉPONDRE À UN QUESTIONNAIRE DE SANTÉ.

Pour préparer votre dossier, vous trouverez ci-dessous l'intégralité des questions qui vous seront posées. **Lisez-les attentivement afin de préparer TOUTES les réponses COMPLÈTES** (motifs, délais, dates, etc...). La saisie de votre dossier qui doit se faire sans interruption, sera plus rapide si vous disposez de tous les éléments nécessaires.

- 1 Indiquez votre taille et votre poids.
- 2 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé (sauf congé légal de maternité) ? Si c'est votre cas, vous devrez donner la raison et la date du début de l'arrêt.
- 3 Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Si oui, indiquez le motif, la date de début et le taux de la prise en charge, et le nom de l'organisme qui verse la prestation.
- 4 Etes-vous ou avez-vous pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité Sociale au cours des 15 dernières années ? Si oui, indiquez pourquoi, la date (mois/année) et la durée.
- 5 Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail d'au moins 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ? Si oui, indiquez pourquoi, la date (mois/année) et la durée.
- 6 Avez-vous été hospitalisé pour un autre motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? Si oui, indiquez pourquoi, la date (mois/année) et la durée.
- 7 Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour un autre motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? Si oui, indiquez pourquoi, la date (mois/année) et la durée.
- 8 Etes-vous ou avez-vous été atteint de l'une ou plusieurs des affections suivantes ? Et si oui, indiquez laquelle, la période et la durée.

Affection cardiaque et/ou vasculaire et/ou hypertension artérielle ?	Affection psychique ou dépression nerveuse ?
Affection de la thyroïde ou de l'hypophyse ou des surrénales ?	Affection rénale ?
Affection maligne (cancéreuse, hématologique) ?	Affection respiratoire ?
Diabète ? Affection digestive ?	Affection rhumatismale et/ou ostéo-articulaire ?
Affection neurologique ou du système nerveux	Lombalgie, lumbago ou sciatique ?

- 9 Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ? Si oui, précisez lequel, la cause, la date et la durée.
- 10 Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie chronique, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident, maladie) ? Si oui, précisez lesquelles et depuis quand.
- 11 Suivez-vous actuellement un traitement médical ? Si oui, lequel, pourquoi et depuis quand ?
- 12 Hors médecine préventive, médecine du travail ou grossesse, votre état de santé actuel nécessite-t-il dans les 12 prochains mois : - de réaliser des examens de laboratoire ou autres – d'être hospitalisé (e) – d'être traité (e) - d'être opéré (e) ? (si oui, précisez lesquels, pourquoi et la date)

CE DOCUMENT N'A PAS DE VALEUR CONTRACTUELLE

Attention aux fausses déclarations : si elles sont intentionnelles, l'article L113-8 du Code des assurances prévoit la nullité du contrat. Dans ce cas, tout votre contrat est annulé, le sinistre n'est pas pris en charge et l'assureur conserve les primes à titre de dommages et intérêts !

Caisse régionale de Crédit Agricole Mutuel Sud Méditerranée - www.ca-sudmed.fr - Société coopérative à capital variable, agréée en tant qu'établissement de crédit - Siège social situé au 30 rue Pierre Bretonneau, BP 39 923 - 66 832 PERPIGNAN Cedex 9 - 776 179 335 RCS Perpignan - Société de courtage d'assurance immatriculée au Registre des Intermédiaires en Assurance sous le n° 07 029 669.



Le contrat d'assurance de groupe proposé par votre Caisse régionale est souscrit auprès de **CNP Assurances, CNP IAM et PREDICA**. Les événements garantis et les conditions figurent dans la notice d'information du contrat d'assurance.

CNP Assurances, Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, 341 737 062 RCS PARIS.

CNP IAM, Société anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré, 383 024 189 RCS PARIS.

Siège social : 4, place Raoul Dautry, 75716 PARIS CEDEX 15 – www.cnp.fr - GROUPE CAISSE DES DEPOTS

PREDICA S.A. au capital de 960 754 065 € entièrement libéré. 334 028 123 RCS PARIS Siège social : 50-56 rue de la Procession - 75015 PARIS.

Entreprises régies par le Code des assurances.