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

1 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
- 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 »

2 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.

3 FINALISEZ VOTRE SOUSCRIPTION 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

Si vous avez la moindre difficulté, vous pouvez utiliser l'aide en ligne ou nous contacter directement à l'adresse suivante : contact Caisse régionale @ ... ou par téléphone au numéro suivant : 00 00 00 00 00

ASSURANCE EMPRUNTEUR HABITAT

PREPAREZ VOS REPONSES AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

Pour préparer votre dossier, vous trouverez ci-dessous l'intégralité des questions qui vous seront posées. **Lisez-les attentivement afin de préparer chaque réponse** (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. Les réponses devront être complètes et sincères.

⓪ Indiquez votre taille et votre poids.

❶ 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.

❷ 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.

❸ Etes-vous ou avez-vous été 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.

❹ 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.

❺ Avez-vous été hospitalisé pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? Si oui, indiquez pourquoi, la date (mois/année) et la durée.

❻ Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour un motif autre que l'ablation des amygdales, végétations, dents de sagesse, appendicite, grossesse ? Si oui, indiquez pourquoi, la date (mois/année) et la durée.

❼ 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 ?

❽ 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.

❾ 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.

❿ Suivez-vous actuellement un traitement médical ? Si oui, lequel, pourquoi et depuis quand ?

❶❶ 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 !

Contrats d'assurance distribués par votre Caisse Régionale de Crédit Agricole Mutuel Sud Méditerranée, Société coopérative à capital variable, agréée en tant qu'établissement de crédit - Siège social : 30 rue Pierre Bretonneau BP 39923 - 66832 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.

SUD MÉDITERRANÉE
BANQUE ET ASSURANCES

Les contrats d'assurance emprunteur sont assurés par :
- CNP Assurances, Société anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré. 341 737 062 RCS PARIS, - Siège social : 4, place Raoul Dautry, 75716 PARIS CEDEX 15 – Tél : 01 42 18 88 88 – www.cnp.fr
- La Garantie Perte d'Emploi est assurée par CNP CAUTION, Société Anonyme au capital de 258 734 553,36 € entièrement libéré, 383 024 098 RCS Paris, siège Social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15. Entreprise régie par le Code des assurances
- Groupe Caisse des dépôts et PREDICA, Compagnie d'assurances de personnes, filiale de Crédit Agricole SA. - SA au capital de 997 087 050 € entièrement libéré. 334 028 123 RCS Paris Siège social 50-56 rue de la Procession 75015 Paris. Entreprises régies par le Code des assurances. Les événements garantis et les conditions figurent au contrat. Il peut arriver que votre état de santé ne vous permette pas de bénéficier des conditions d'assurance standardisées. Le dispositif prévu par la Convention AERAS organise des solutions adaptées à votre cas