DEMANDE D'ADHESION A L'ASSURANCE DES EMPRUNTEURS

الصندوق الوطني للتوفير والإحتياط - بنك
CNEP Banque — Caisse Nationale d'Epargne et de Prévoyance-Banque

Co-Emprunteur ☐
Caution ☐

Veuillez remplir

Nom : /__/ Nom de jeune fille : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Prénom : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Sexe : F ☐ M ☐ Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__/__/

Poids :……..Kgs Taille:……..Cms. Montant du crédit sollicité :……DA Code agence :……..…

Vous bénéficiez de la même garantie d'assurance que celle de l'emprunteur.

DECLARATION D'ETAT DE SANTE

Pour chaque question veuillez cocher Oui ou Non

		OUI	NON
1	Etes-vous actuellement ou avez-vous été au cours des 3 dernières années en arrêt de travail pendant plus de 3 semaines consécutives pour raison de santé (hormis les arrêts de travail liés à la maternité) ?	☐	☐
2	Suivez-vous ou avez-vous suivi au cours des 12 derniers mois un traitement médical de plus de 30 jours consécutifs (en dehors de la médecine du travail, du suivi des grossesses, des affections saisonnières) ou de bilan d'une maladie ou de suivi médical ?	☐	☐
3	Avez-vous au cours des 5 dernières années : - Séjourné dans un établissement hospitalier pour un bilan ou traitement médical ? - Subi une intervention chirurgicale (autre qu'une intervention chirurgicale pour les causes suivantes : appendicite, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, vésicule biliaire, varices veineuses, dents de sagesse) ?	☐ ☐	☐ ☐
4	Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) d'un handicap ou d'une malformation congénitale ou reconnu en invalidité par votre régime de sécurité sociale obligatoire ?	☐	☐
5	Êtes-vous ou avez-vous été atteint durant les 5 dernières années d'une affection chronique ou récidivante grave nécessitant une surveillance médicale ou un traitement médical régulier (prise en charge à 100% par votre régime de sécurité sociale obligatoire) ?	☐	☐

Si vous avez coché au moins un « Oui » sur la déclaration d'état de santé, votre chargé de clientèle vous fournira un questionnaire médical que vous devrez compléter.

- Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et m'engage à fournir à la CNEP-Banque tous les renseignements, justificatifs complémentaires qu'elle juge utiles de me demander et l'autorise à procéder à leur vérification.
- Exigez la notice d'information de votre chargé de clientèle. Conformément à l'ordonnance n° **95-07** modifiée et complétée, toute fausse déclaration intentionnelle entraine la nullité de l'adhésion à l'assurance.
- Nous attirons votre attention sur le fait que tout changement de votre état de santé entre la date de signature de la demande d'adhésion à l'assurance et la date de mobilisation du prêt doit être signalé à l'assureur pour éviter un rejet de la garantie au moment du sinistre.

Signature du Co-emprunteur ou Caution

Lu et approuvé

Fait à…… ……..le: /____/____/_____/

DM.DA.ADE. CO.CA.CNEP-Bnaque.Sept.2014

طلب الانخراط في تأمين المقترضين

الصندوق الوطني للتوفيروالإحتياط - بنك
CNEP Banque
Caisse Nationale d'Epargne et de Prévoyance-Banque

المشترك في الاقتراض ☐
الكفيل ☐

الرجاء الإجابة

اللقب : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ اللقب الأصلي للمرأة : /_/
الاسم : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ الجنس: ☐ ذ ☐ أ تاريخ الميلاد : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/
الوزن:..... كلغ القامة:.................. مبلغ القرض المطلوب:................................. دج رمز الوكالة:...............

تستفيدون من نفس التغطية المختارة من طرف المقترض

تصريح بالحالة الصحية

	الرجاء الإجابة على الأسئلة أدناه ب"نعم" أو "لا"	نعم	لا
1	هل أنتم في الوقت حاضر في حالة التوقف عن العمل أو كنتم خلال الثلاث 3 سنوات الماضية في حالة التوقف عن العمل لأكثر من ثلاثة 3 أسابيع متتالية لسبب صحي (بغض النظر عن التوقفات عن العمل المرتبطة بالأمومة)؟	☐	☐
2	هل تتابعون أو تابعتم علاجا طبيا خلال مدة 12 شهرا الأخيرة لأكثر من 30 يوما متتالية (خارج عن طب العمل، تتبع الحمل، الداءات الفصلية) أوحصيلة مرض أو متابعة طبية؟	☐	☐
3	هل خلال السنوات الخمس الماضية: – أقمت بمؤسسة استشفائية من أجل حصيلة أو علاج طبي؟ – خضعت لعملية جراحية (خارج عن العمليات الجراحية للأسباب الآتية: الزائدة الدودية، البواسير، التهاب اللوزتين، ناميات، انحراف وتيرة الأنف،العملية القيصرية، المرارة، الدوالي الوريدية، أضراس العقل)؟	☐ ☐	☐ ☐
4	هل أنت مصاب أو كنت مصاب بعاهة أو سوء التركيب الخلقي أو أنّ نظام الضمان الاجتماعي الإجباري الخاص بك اعترف بأنك في حالة عجز؟	☐	☐
5	هل أنت مصاب أو كنت مصاب خلال الخمس 5 سنوات الأخيرة بداء مزمن أو معاود خطير يتطلب مراقبة طبية أو علاج طبي منتظم (تكفل 100% من طرف نظام الضمان الاجتماعي الإجباري الخاص بك؟	☐	☐

- إذا أجبتم ب "نعم" على إحدى الأسئلة، نشكركم على تزويد بالمعلومات استمارة الأسئلة الطبية مسلمة من طرف المكلف بالزبائن الصندوق الوطني للتوفير والإحتياط ـ بنك

• أشهد على صحة المعلومات الواردة أعلاه وأتعهّد بتزويد **الصندوق الوطني للتوفير والإحتياط ـ بنك** بجميع المعلومات و الوثائق التكميلية وغيرها من المعلومات الضرورية التي يرى من المفيد طلبها مني . كما أتأذن الصندوق الوطني للتوفير والإحتياط ـ بنك بتنفيذ كل التحقيقات اللازمة.
• أطلبوا من المكلف بالزبائن الصندوق **الوطني للتوفير والإحتياط ـ بنك** المذكرة الإستعلامية, وفقا لمرسوم رقم**95-07** بصيغته المعدلة والمكملة,أي تحريف مقصود يسبب بطلان الإنخراط في التأمين.
• نلفت إنتباهكم أن أي تغيير لحالتكم الصحية ما بين تاريخ التوقيع على طلب الإنخراط و تاريخ تعبئة القرض يجب التبليغ عليه لشركة التأمين **كرديف الجزائر** و ذلك لتجنب رفض الضمان عند حلول الحادث.

توقيع المشترك في الاقتراض/الكفيل

قرء ووفق عليه

حرر بتاريخ /____/____/________/ في ....

DM.DA.ADE.CO-CA.CNEP-Banque.Sépt 2014