



CO-EMPRUNTEUR OU CAUTION

CO-EMPRUNTEUR

CAUTION

IDENTIFICATION

Nom Prénom Nom jeune fille Sexe M F
 né (e) le à Wilaya.....
 Fils / fille de et de
 Situation familiale Célibataire Marié (e) Veuf (ve)
 Adresse du domicile tél :
 Profession Employeur N° SS
 Adresse de l'employeur
 Pièce d'identité N° Délivré(e) le à
 N° registre de commerce N° d'identification fiscale

REVENUS

Revenu mensuel net DA
 Autres revenus (à détailler) DA.

CRÉDITS EN COURS

CNEP-Banque	Nature du crédit	Agence domiciliaire	Montant échéance/mois	Remboursement à jour
Crédit 1				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Crédit 2				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Crédit 3				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Autres Banques	Nature du crédit	Agence domiciliaire	Montant échéance/mois	Remboursement à jour
Crédit 1				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Crédit 2				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Crédit 3				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

CRÉDIT SOLLICITÉ

A remplir si Co-emprunteur

Type de crédit:
 Montant du crédit sollicité DA
 Valeur du bien/Montant devis DA
 Adresse du bien, objet du crédit:

A remplir si Caution

Type de crédit:
 Personne cautionnée (Nom/Prénom).....

 Montant du crédit à cautionner DA

DEMANDE D'ADHESION A L'ASSURANCE DÉCÈS / INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE SUR LE CRÉDIT

Je souhaite m'assurer contre le risque Décès ou Décès et IAD sur le capital assuré au profit de la CNEP-Banque
 Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat d'assurance et:

- Déclare être en bonne santé comme décrit dans la notice d'information
 Souhaite renseigner un questionnaire médical.

Je suis informé que conformément à l'Ordonnance n° 95-07 modifiée et complétée, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion à l'assurance.

Cardif El Djazair, siège social: 57 rue ABRI Arezki, Hydra-16035 Alger. RC n° 06B0973017 N.I.S.000616109062639

J'atteste l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à fournir à la CNEP-Banque tous les renseignements, justificatifs complémentaires et autres informations nécessaires qu'elle juge utiles de me demander et l'autorise de procéder à leur vérification.

Fait à le / / 20.....

Signature



DEMANDE DE CREDIT

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom Prénom..... Nom jeune fille..... Sexe M F
 né (e) le à..... Wilaya.....
 Fils / fille de et de

Situation familiale Célibataire Marié (e) Veuf (ve)
 Adresse du domicile..... tél :.....
 Profession..... Employeur..... N° SS.....
 Adresse de l'employeur.....
 Pièce d'identité..... N°..... Délivré(e) le..... à.....
 N° registre de commerce..... N° d'identification fiscale.....

REVENUS

Revenu mensuel net du postulantDA Revenu mensuel net du conjoint.....DA
 Revenu mensuel net des enfantsDA Autres (à détailler)
 Nombre d'enfants à charge

CRÉDITS EN COURS CNEP-Banque

CNEP-Banque	Nature du crédit	Agence domiciliaire	Montant échéance/mois	Remboursement à jour
Crédit 1				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Crédit 2				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Crédit 3				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

CRÉDITS EN COURS Autres Banques

Autres Banques	Nature du crédit	Agence domiciliaire	Montant échéance/mois	Remboursement à jour
Crédit 1				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Crédit 2				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Crédit 3				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

CRÉDIT SOLLICITÉ

Type de crédit:
 Montant du crédit sollicité.....DA Durée du crédit sollicité.....ans.
 Valeur du bien/Montant devis.....DA.
 Adresse du bien, objet du crédit:.....

DEMANDE D'ADHESION A L'ASSURANCE DECES / INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE SUR LE CREDIT

Je souhaite m'assurer contre le risque Décès ou Décès et IAD sur le capital assuré au profit de la CNEP-Banque
 Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales du contrat d'assurance et:

- Déclare être en bonne santé comme décrit dans la notice d'information
 Souhaite renseigner un questionnaire médical.

Je suis informé que conformément à l'Ordonnance n° 95-07 modifiée et complétée, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion à l'assurance.

Cardif E I Djazair, siège social: 57 rue ABRI Arezki, Hydra-16035 Alger. RC n° 06B0973017 N.I.S.000616109062639

J'atteste l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à fournir à la CNEP-Banque tous les renseignements, justificatifs complémentaires et autres informations nécessaires qu'elle juge utiles de me demander et l'autorise de procéder à leur vérification.

Fait à le / / 20.....

Signature