CLR ASSURANCES

À compléter par le souscripteur
* coordonnées obligatoires

QUESTIONNAIRE · ASSURANCE DE PRÊT

Questionnaire assurance de prêt

Répondez à ce qui vous concerne : seules vos coordonnées sont obligatoires. Aucune question médicale : si l'assureur en a, il vous les pose lui-même, en toute confidentialité.

1. VOUS

Le souscripteur du contrat.

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Prénom * : ..... **Nom * :** .....

Date de naissance : .....

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) / pacsé(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf / veuve

Lieu de naissance : ..... **Nationalité :** ..... **Pays de résidence :** .....

Adresse : ..... **Code postal :** ..... **Ville :** .....

Téléphone * : ..... **E-mail * :** .....

Profession : .....

Statut : ☐ Salarié(e) ☐ Indépendant(e) / TNS ☐ Retraité(e) ☐ Étudiant(e) ☐ Sans activité

2. LE PRÊT

Le crédit à assurer, ou à faire changer d'assurance.

Type de demande : ☐ Nouveau prêt ☐ Changement d'assurance (loi Lemoine)
☐ Renégociation ou rachat de crédit

Objet du prêt : ☐ Résidence principale ☐ Résidence secondaire ☐ Investissement locatif ☐ Travaux
☐ Prêt professionnel

Banque prêteuse : ..... **Code postal du bien financé :** .....

Bien situé en France : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours d'acquisition

Montant emprunté : ..... € **Durée :** ..... ans **Taux du prêt :** ..... %

Date de signature (ou prévue) : .....

Capital restant dû (si changement) : ..... € **Coût actuel de l'assurance :** ..... € / mois

Assurance actuelle : ☐ Contrat de la banque ☐ Autre assureur (délégation)

Autres prêts à assurer (montant, durée, type : amortissable, in fine, PTZ, relais) :

.....

.....

3. LES EMPRUNTEURS

Vous, et le cas échéant le co-emprunteur.

Co-emprunteur : ☐ Non ☐ Oui, à assurer aussi

Co-emprunteur : nom et prénom : .....

Date de naissance du co-emprunteur : ..... **Profession du co-emprunteur :** .....

Quotité souhaitée : ☐ 100 % ☐ 50 % ☐ Autre / à définir

Si autre : répartition : .....

4. VOTRE PROFIL

Les critères de tarif, hors santé.

Fumeur (12 derniers mois) : ☐ Non ☐ Oui

Co-emprunteur fumeur : ☐ Non ☐ Oui

Nature de l'activité : ☐ Bureau / sédentaire ☐ Manuelle / chantier ☐ Profession médicale ☐ Déplacements fréquents ☐ Autre

Plus de 20 000 km par an pour le travail : ☐ Non ☐ Oui

Travail en hauteur ou port de charges lourdes : ☐ Non ☐ Oui

Sports pratiqués : ☐ Aucun sport à risque ☐ Sports mécaniques ☐ Plongée ☐ Sports aériens ☐ Montagne / escalade ☐ Sports de combat

5. VOS BESOINS

Garanties souhaitées : ☐ Décès + PTIA ☐ + IPT / ITT (recommandé) ☐ + IPP (couverture maximale) ☐ Celles exigées par la banque

Options : ☐ Dos et psy sans exclusion ☐ Perte d'emploi ☐ Rachat d'exclusion sport ou métier ☐ Franchise courte

Date d'effet souhaitée : ☐ Dès que possible ☐ Dans le mois ☐ À la signature du prêt ☐ Plus tard

Budget visé : ..... € / mois

Précisions, contraintes ou questions :

.....

.....

6. PIÈCES À JOINDRE

Des photos ou des scans suffisent.

☐ Offre(s) de prêt (indispensable) ☐ Tableau d'amortissement définitif (indispensable)
☐ Fiche standardisée d'information (FSI) ☐ Conditions de l'assurance actuelle ☐ Pièce d'identité ☐ RIB

> L'offre de prêt et le tableau d'amortissement sont indispensables pour comparer : envoyez-les en réponse à mon e-mail. Prêt pas encore signé ? La FSI ou le tableau provisoire suffit pour commencer.

> Aucune information médicale n'est demandée ici. Le questionnaire de santé, s'il est exigé, vous est adressé directement par l'assureur et reste confidentiel. Depuis la loi Lemoine, il est supprimé pour un prêt immobilier dont la part assurée est inférieure à 200 000 € et qui se termine avant vos 60 ans.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus, qui servent de base à l'étude et, le cas échéant, au contrat. Toute réticence ou fausse déclaration expose aux sanctions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. Mes données sont traitées par CLR Assurances pour l'étude de mes besoins et la gestion du contrat ; j'accepte d'être recontacté(e).

Fait à, le : .....

Signature : .....

Où renvoyer ce questionnaire ? Par e-mail à ludivine.roux@clr-assurances.com, avec vos pièces en photo ou en PDF. Je reviens vers vous sous 24 heures ouvrées.