



Informations personnelles concernant la personne assurée

Madame Monsieur

Nom (en majuscules) :

E-mail:

Prénom :

Date de naissance :

Rue + n° :

Boîte :

Code postale :

Commune :

N° de téléphone :

N° de compte :

IBAN :

BIC :

Informations concernant le crédit assuré

Type de financement : crédit hypothécaire
 crédit auto / prêt personnel
 crédit à la consommation / carte de crédit

Société de financement :

Numéro de contrat / Numéro de client :

Date d'effet du contrat :

Informations de l'employeur concernant le licenciement

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Description de la fonction et de l'activité de l'assuré :

Date d'engagement :

Date de licenciement :

Date de fin de la période d'essai :

Date de fin de la période de préavis :

Statut : Ouvrier
 Employé
 Fonctionnaire
 Intérimaire
 Autre (merci de préciser) :

Contrat : à durée indéterminée
 à durée déterminée
 à temps plein
 à temps partiel



Informations concernant le licenciement

- Raison du licenciement : Fin du contrat à durée déterminée
 Maladie
 Raison économique / restructuration
 Période d'essai non concluante
 Faillite
 Faute grave (merci de préciser) : _____
 Autre (merci de préciser) : _____

Employeurs précédents (si d'application) :

Nom	Date d'engagement	Date de licenciement																																								
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

Pas d'employeurs précédents

Autorisation et déclaration

Le soussigné (assuré) autorise explicitement son (ses) ex-employeur(s), la(les) personne(s) chargée(s) de défendre ses intérêts et/ou les associations professionnelles à fournir des informations à BNP PARIBAS CARDIF. Ces informations seront utilisées pour statuer sur la demande d'indemnisation en cours formulée par le soussigné sur la base du contrat d'assurance qu'il a souscrit auprès de BNP PARIBAS CARDIF.

Le soussigné déclare avoir complété le présent document correctement et avoir connaissance du fait qu'une omission ou une inexactitude quant aux informations communiquées peut exonérer l'assureur de ses obligations, conformément aux conditions générales d'application.

Au cas où la police a été souscrite en couverture d'un crédit, et pour autant qu'il en soit le bénéficiaire, le soussigné, se portant fort pour tous les autres co-bénéficiaires éventuels, autorise BNP PARIBAS CARDIF à payer les allocations mensuelles au prêteur pendant la période de chômage, et ce à concurrence du solde restant dû.(*)

Le soussigné déclare que les informations communiquées sont correctes et accepte la déchéance de tous ses droits en cas de fausse déclaration. Les données que le soussigné communique peuvent être traitées par BNP PARIBAS CARDIF en vue de la gestion des sinistres (loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée). Le soussigné peut obtenir des renseignements complémentaires auprès de la Commission de la protection de la vie privée et a le droit d'accéder aux données et de demander, le cas échéant, rectification de celles-ci auprès de BNP PARIBAS CARDIF.

(*): pas d'application pour Hypo Protect/STPP

Date et signature de l'assuré :