

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

(ne pas oublier de compléter les rubriques précédées du symbole ▲)

CANDIDAT A L'ASSURANCE

Civilité Nom Prénom : Monsieur MERCURY LUC

Intervenant en qualité de : ▲ Emprunteur ☒ Co-emprunteur ☐ Caution ☐

Nom de naissance : MERCURY LUC-JEROME ALBERT

Date de naissance : 17/09/1971

Adresse e-mail : luc.mercury@memo-pharma.fr

Téléphone : 06.31.90.66.79

Adresse actuelle : 715 DE LAURE 13570 BARBENTANE

Nouvelle adresse à compter du :

Nouvelle adresse :

Profession : ▲ Directeur EXPORT Profession à risque : ▲ Oui ☐ Non ☒

La liste des professions à risque est précisée dans le lexique en fin de la notice d'information. Les candidats à l'assurance exerçant une des professions à risque ne pouvant être garanties dans le cadre de la tarification standard du contrat peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

Dans le cas de votre travail :

- effectuez-vous plus des déplacements extérieurs (hors transports publics et hors trajet domicile/travail) ? NON ☒
- exercez-vous une profession comportant une activité manuelle (travail manuel important ou manipulation d'outils dangereux) ? NON ☒

Dans le cadre de votre travail, effectuez-vous des déplacements à l'étranger, hors de l'Espace Économique Européen, AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle Zélande, Hong Kong, Singapour ? ▲ Oui ☐ Non ☒

Si oui :

- la durée maximale de l'un de vos séjours dépasse-t-elle 90 jours ? ▲ Oui ☐ Non ☐
- dans quels pays ? ▲ _____

Souhaitez-vous être protégé lors de votre pratique (hors initiation, baptême et découverte), en qualité d'amateur non rémunéré, d'au moins l'un des sports ou loisirs listés dans la notice d'Information à l'article 8 « Exclusions » et qui ne sont pas couvertes par les conditions standards du contrat n°695003 ?

▲ Oui ☐ Non ☒

▲ Dans l'affirmative, précisez le(s) sport(s) / loisir(s) pratiqué(s) : _____

ADHERENT (si différent du Candidat à l'assurance)

Nom / raison sociale :

Représenté par :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Adresse :

DECLARATION FUMEUR / NON FUMEUR

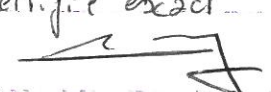
Êtes-vous fumeur ? [] Je suis fumeur

[x] Je suis non fumeur et je certifie :

- ne pas avoir consommé de tabac (y compris cigarette électronique), même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois ;
- ne pas avoir cessé de fumer sur demande expresse du corps médical au cours des 5 dernières années.

Au delà de 1 000 000 euros, la déclaration sera complétée par un test de cotinine urinaire pour les non-fumeurs.

Signature du Candidat à l'assurance, précédée de la mention « Certifié exact »

certifié exact


Les contrats N° 695003 et N° 75201507 sont assurés et gérés par le Groupe MNCAP (MNCAP et MNCAP-AC) - La MNCAP et la MNCAP-AC sont des Mutuelles régies par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrées respectivement au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 et 442 839 452 - Contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - Siège social : 5 rue Dosne 75116 Paris - Service gestion des réclamations : 5 rue Dosne 75116 PARIS - Affiliées à l'UMG Cap Mutualité. Les contrats sont distribués par AS DU GRAND LYON - Société à responsabilité limitée unipersonnelle - Courtier en assurance - Enregistré à l'ORIAS sous le n° 07003448 - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 437 767 916 - Siège social : 89 Avenue des Bruyères 69150 DECINES CHARPIEU