

## Contrat d'assurance sur la vie

### PROPOSITION D'ASSURANCE

Code :       Sous-code :       Code stat : \_\_\_\_\_ Réf. Interne : **0 | 6 | 2 | 3** N° offre \_\_\_\_\_

#### PERSONNE À ASSURER

La personne à assurer possède la qualité :  Emprunteur/coemprunteur  Locataire/colocataire  Caution  Associé  Dirigeant

M.  Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Né(e) le :       À : \_\_\_\_\_ Dép. ou pays : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Pièce d'identité présentée : **(Joindre une copie de la pièce)**  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_ Adresse future : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ À compter du :

Téléphone :

Possédez-vous des contrats chez AFI ESCA ?  Oui  Non

Si cette nouvelle souscription vient en remplacement de l'un (ou plusieurs) de ces contrats, indiquez le(s) n° de contrats : \_\_\_\_\_

À ce jour, êtes-vous assuré(e) sur l'ensemble de vos prêts immobiliers (le prêt objet de la demande d'assurance et les prêts immobiliers déjà en cours) pour un montant supérieur à 200 000 € ?  Oui  Non

#### SOUSCRIPTEUR (SI DIFFÉRENT DE LA PERSONNE À ASSURER)

**Si le Souscripteur est une personne physique :**

M.  Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Né(e) le :       À : \_\_\_\_\_ Dép. ou pays : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Pièce d'identité présentée : **(Joindre une copie de la pièce)**  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ Téléphone :

**Si le Souscripteur est une personne morale :**

Raison sociale : \_\_\_\_\_ Statut juridique : \_\_\_\_\_ N° SIRET : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du représentant légal de la Société : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ Téléphone :

*Joindre un extrait Kbis de moins de 3 mois du Souscripteur de la Proposition d'assurance.*

Nom(s), prénom(s) et date(s) de naissance du(des) bénéficiaire(s) effectif(s) de la société : \_\_\_\_\_

(tel(s) que déclaré(s) au greffe ; dans le cas de plusieurs bénéficiaires effectifs déclarés, merci de développer sur papier libre daté et signé, conformément au champ ci-dessus).

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PRÊT(S)

**Objet du (des) prêt(s) :**

Prêt immobilier :  Résidence principale  Résidence secondaire  Investissement locatif  Autres achats immobiliers

Autres :  Prêt professionnel (locaux, matériel)  Prêt à la consommation

Le prêt objet de l'assurance est-il déjà assuré ?  Oui  Non Si Oui, à hauteur de quelle quotité ? \_\_\_\_\_ %

Le prêt objet de l'assurance entre dans le cadre d'une délégation d'assurance :

pour un nouveau financement / nouveau projet

dans le cadre d'une substitution d'assurance

Prêt n°	Montant du prêt	Quotité à garantir (en %)	Durée totale du prêt (différé inclus, en mois)	Différé d'amortissement (en mois) <sup>(1)</sup>	Taux d'intérêt	Type de taux		Type de Prêt					
						Fixe	Variable	Amortissable	In fine <sup>(1)</sup>	Par paliers	Relais	Autre (à préciser)	
1	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<sup>(1)</sup> En cas de prêt in fine ou de prêt amortissable avec différé, y a-t-il remboursement des intérêts pendant la période de différé :  Oui  Non

Si Non, veuillez préciser le montant à garantir (capital + intérêts de la période de différé) : \_\_\_\_\_ €

## GARANTIES ET OPTIONS SOUHAITÉES <sup>(2)</sup>

Garanties	Option Extension - Poursuite d'Activité	Franchise I.T.T.	Perte d'Emploi	I.P.P. 100%
<input type="checkbox"/> a) Décès P.T.I.A.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 30 jours (TNS) <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 180 jours	<input type="checkbox"/> Oui <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> b) Décès P.T.I.A. + I.P.T.				
<input type="checkbox"/> c) Décès P.T.I.A. + I.P.				
<input type="checkbox"/> d) Décès P.T.I.A. + I.P. + I.P.T.				
<input type="checkbox"/> e) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T.				
<input type="checkbox"/> f) Décès P.T.I.A. + I.P. + I.P.T. + I.T.T.				
<input type="checkbox"/> g) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T. + I.P.P.				
<input type="checkbox"/> h) Décès P.T.I.A. + I.P. + I.P.T. + I.T.T. + I.P.P.				

Date d'effet souhaitée :

Date de prélèvement souhaitée :  Le 6 du mois  Le 20 du mois

Débloqué des fonds prévu à cette date :  Oui  Non

<sup>(2)</sup> Seules sont accordées à l'Assuré les garanties, options et franchise I.T.T. mentionnées aux Conditions particulières <sup>(3)</sup> Si Oui :  Salarié  Dirigeant d'entreprise

## ORGANISME PRÊTEUR

Organisme prêteur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone :  Email : \_\_\_\_\_

Nom du correspondant : \_\_\_\_\_

## BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Organisme prêteur

Autre(s) bénéficiaire(s) à préciser : \_\_\_\_\_

### Le bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès est :

- si l'Organisme prêteur est désigné<sup>(4)</sup> bénéficiaire en cas de décès, le bénéficiaire est également l'Organisme prêteur ;

- si l'Organisme prêteur n'est pas désigné<sup>(4)</sup> bénéficiaire en cas de décès et si le contrat est souscrit par une personne physique, le bénéficiaire est l'Assuré ;

- si l'Organisme prêteur n'est pas désigné<sup>(4)</sup> bénéficiaire en cas de décès et si le contrat est souscrit par une personne morale, le bénéficiaire est le Souscripteur.

<sup>(4)</sup> directement ou indirectement (cession en garantie, convention séquestre, ...)

## PRIME (MINIMUM 10 € PAR ÉCHÉANCE)

Variable  Constante

Frais de dossier : \_\_\_\_\_ €

Périodicité :  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle  Unique

Montant de la première prime : \_\_\_\_\_ €

## SITUATION PERSONNELLE

CERTIFIEZ-VOUS SUR L'HONNEUR :	COCHER LES CASES « Oui » OU « Non »
• ne pas fumer plus de 5 cigarettes par semaine ou, pour la cigarette électronique, ne pas vapoter plus de 30 mg de nicotine par mois (ex : un flacon de 10 ml dosé à 3 mg/ml) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• être salarié cadre, fonctionnaire de la catégorie A, chef d'entreprise, micro-entrepreneur, travailleur non salarié ou profession libérale, toujours en activité ou retraité(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• ne pas exercer d'activité professionnelle nécessitant un travail manuel (avec un travail physique ou des mouvements répétitifs ou l'utilisation d'outils motorisés ou de manutention ou d'engins de construction ou agricoles) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S)

Profession(s) actuelle(s) : \_\_\_\_\_

Statut professionnel :  Salarié cadre, fonctionnaire de la catégorie A, chef d'entreprise, micro-entrepreneur, travailleur non salarié ou profession libérale

Salarié non cadre ou fonctionnaire de la catégorie B ou C

Conjoint collaborateur ou intérimaire

Intermittent, saisonnier, demandeur d'emploi ou sans profession

Retraité anciennement salarié cadre, fonctionnaire de la catégorie A, chef d'entreprise, micro-entrepreneur, travailleur non salarié ou profession libérale

Retraité autre

Secteur d'activité : \_\_\_\_\_

Descriptif exact de l'activité : \_\_\_\_\_

Votre activité professionnelle comporte-t-elle une des particularités ci-dessous ?	
<input type="checkbox"/>	Activité impliquant un contact (in)direct avec des produits inflammables, explosifs, toxiques et/ou corrosifs
<input type="checkbox"/>	Activité impliquant un travail à une hauteur supérieure à 20 mètres
<input type="checkbox"/>	Professions libérales, médicales, paramédicales et vétérinaires
<input type="checkbox"/>	Forces de l'ordre, Militaire, Gendarme, Activité avec port d'armes, Pompier, Secouriste
<input type="checkbox"/>	Activité exercée en mer ou dans les docks
<input type="checkbox"/>	Pilote d'avion ou d'hélicoptère, ou personnel navigant
<input type="checkbox"/>	Activité impliquant l'utilisation d'un véhicule motorisé à 2 roues
<input type="checkbox"/>	Activité dans la filière pétrolière, gazière, nucléaire, minière ou forestière
<input type="checkbox"/>	Activité exercée en haute montagne, en milieu souterrain ou sous-marin
<input type="checkbox"/>	Activité en contact direct avec des gros animaux (chevaux, bovins ou animaux dont le poids est supérieur à 350 kg) ou avec des animaux sauvages
<input type="checkbox"/>	Sportifs professionnels (sportif, entraîneur, arbitre)
<input type="checkbox"/>	Métier artistique de cirque, artificier, pyrotechnicien, cascadeur, forain
<input type="checkbox"/>	Activité politique, humanitaire, diplomatique ou journalistique (journaliste, cameraman, photographe)
<input type="checkbox"/>	Activité en lien avec les arts occultes ou sciences occultes
<input type="checkbox"/>	Aucune activité spécifique

N.B. : voir les questionnaires professionnels disponibles auprès de votre courtier.

## SÉJOURS (ne pas omettre de répondre à cette question)

Êtes-vous amené à voyager à titre professionnel ou dans un but humanitaire en dehors des pays de l'Union Européenne, du Royaume-Uni, de la Suisse, des États-Unis, du Japon, du Canada, de la Norvège, de l'Islande, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ?

Oui  Non

Si Oui, souhaitez-vous être couvert pour ces séjours professionnels ou humanitaires à l'étranger ?

Oui  Non

Si Oui, remplir le questionnaire "Risque de séjour à l'étranger" disponible auprès de votre courtier.

## ACTIVITÉS SPORTIVES (ne pas omettre de répondre à cette question)

Quel(s) sport(s) pratiquez-vous ? (cochez la/les case(s) correspondant à votre situation)	
<input type="checkbox"/>	Aucun des sports mentionnés ci-dessous
<input type="checkbox"/>	Le saut à l'élastique <sup>(5)</sup>
<input type="checkbox"/>	L'aviation ou une activité aérienne <sup>(6)</sup>
<input type="checkbox"/>	Le sport automobile en compétition <sup>(6)</sup>
<input type="checkbox"/>	Le motocyclisme <sup>(6)</sup> N.B. : l'utilisation de la moto comme moyen de transport n'est pas considérée comme un sport
<input type="checkbox"/>	Un sport nautique autre qu'en bassin ou piscine <sup>(6)</sup>
<input type="checkbox"/>	La plongée sous-marine <sup>(6)</sup> hormis si elle est pratiquée avec brevet, en groupe et jusqu'à 40 mètres de profondeur
<input type="checkbox"/>	La spéléologie <sup>(6)</sup>
<input type="checkbox"/>	Un sport de combat ou un art martial <sup>(6)</sup> hormis l'Aïkido, l'Escrime, le Karaté, le Kendo, le Kung fu, le Self défense, le Taekwondo ou le Tai chi chuan
<input type="checkbox"/>	L'équitation <sup>(6)</sup> hormis le manège, la randonnée, l'attelage et le dressage
<input type="checkbox"/>	Le cyclisme en compétition, le VTT en compétition ou extrême, le Bicross ou le BMX <sup>(6)</sup>
<input type="checkbox"/>	Un sport de montagne ou de neige <sup>(6)</sup> hormis la randonnée à moins de 4 500 mètres d'altitude ou le ski alpin ou surf des neiges sur domaine skiable sans compétitions ou le ski de fond
<input type="checkbox"/>	L'escalade (hormis sur mur artificiel ou bloc) ou la Via ferrata <sup>(6)</sup>
<input type="checkbox"/>	La course à pied sur une distance supérieure strictement à 42,195 km <sup>(5)</sup>

<sup>(5)</sup> merci de joindre une attestation datée et signée sur papier libre précisant le sport pratiqué, la fréquence, le nombre de compétitions annuelles, les distances éventuellement parcourues et tous les renseignements utiles afin de fixer les conditions de couverture de couverture du risque déclaré.

<sup>(6)</sup> merci de compléter le questionnaire sportif disponible auprès de votre courtier

