Afi·Esca
Groupe Burrus

CONSEIL AGRÉÉ

PÉRÉNIM
#EFICAAS'

REGROUPEMENT DE CRÉDITS

Contrat d'assurance sur la vie

PROPOSITION D'ASSURANCE

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

PERSONNE À ASSURER

La personne à assurer possède la qualité : ☐ Emprunteur/coemprunteur ☐ 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 : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Email : _____

Téléphone : | | | | | | | | | |

Adresse future : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

À compter du : | | | | | | | | |

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 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) : Regroupement de crédits

La part immobilière du projet est-elle supérieure ou égale à 60 % ? ☐ Oui ☐ Non

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-t-il dans le cadre d'une demande de substitution d'assurance (loi Hamon) ? ☐ Oui ☐ Non

Prêt n°	Montant du prêt	Quotité à garantir (en %)	Durée totale du prêt (différé inclus, en mois)	Différé d'amortissement (en mois) (1)	Taux d'intérêt	Type de taux		Type de Prêt		
						Fixe	Variable	Amortissable	In fine (1)	Par paliers
1	€					☐	☐	☐	☐	☐
2	€					☐	☐	☐	☐	☐
3	€					☐	☐	☐	☐	☐
4	€					☐	☐	☐	☐	☐

(1) 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) : _____ €

PERENIM REG.CRED_PA_0622

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. **Merci d'adresser toute correspondance à : AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.**

GARANTIES ET OPTION SOUHAITÉES (2)

Garanties	Option Plus	Franchise I.T.T.	Perte d'Emploi
☐ a) Décès P.T.I.A.			
☐ b) Décès P.T.I.A. + I.P.T.	☐ Oui ☐ Non		
☐ c) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T.		☐ 30 jours (TNS) ☐ 90 jours ☐ 180 jours	☐ Oui[3] ☐ Non
☐ d) Décès P.T.I.A. + 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

Déblocage des fonds prévu à cette date : ☐ Oui ☐ Non

(2) Seules sont accordées à l'Assuré les garanties, option et franchise I.T.T. mentionnées aux Conditions particulières **(3)** Si Oui : ☐ Salarié ☐ Dirigeant d'entreprise

ÉTABLISSEMENT DE CRÉDIT

Établissement de crédit : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ Email : _____

Nom du correspondant : _____

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

☐ Établissement de crédit

☐ Autre(s) bénéficiaire(s) à préciser : _____

_____

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

- si l'Établissement de crédit est désigné bénéficiaire en cas de décès, le bénéficiaire est également l'Établissement de crédit ;
- si l'Établissement de crédit n'est pas désigné bénéficiaire en cas de décès et si le contrat est souscrit par une personne physique, le bénéficiaire est l'Assuré ;
- si l'Établissement de crédit n'est pas désigné bénéficiaire en cas de décès et si le contrat est souscrit par une personne morale, le bénéficiaire est le Souscripteur.

PRIME (MINIMUM 10 € PAR ÉCHÉANCE)

☐ **Variable** ☐ **Constante**

Frais de dossier : _____ €

Périodicité : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle ☐ Unique

Montant de la première prime : _____ €

TARIFICATIONS SPÉCIFIQUES

NON-FUMEURS	COCHER LA CASE « Oui » OU « Non »
Certifiez-vous sur l'honneur : • **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) ?**	☐ Oui ☐ Non
VLR	**COCHER LA CASE « Oui » OU « Non »**
Certifiez-vous sur l'honneur : • **être salarié cadre ou non-cadre, chef d'entreprise, micro-entrepreneur, travailleur non-salarié ou profession libérale, toujours en activité ou retraité(e)** **et** • **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) ?**	☐ Oui ☐ Non (La case « Oui » ne peut être cochée que si les 2 conditions sont remplies).

ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S)

Profession(s) actuelle(s) : _____

Statut professionnel :
- ☐ Salarié cadre ou non-cadre, Chef d'entreprise, Micro-entrepreneur, Travailleur non-salarié ou Profession libérale
- ☐ Conjoint collaborateur, Intérimaire
- ☐ Intermittent, Saisonnier, Demandeur d'emploi ou Sans profession
- ☐ Retraité anciennement salarié cadre ou non-cadre, chef d'entreprise, micro-entrepreneur, travailleur non-salarié ou profession libérale
- ☐ Retraité autre

Secteur d'activité : _____

Descriptif exact de l'activité : _____

_____

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

Votre activité professionnelle nécessite-t-elle 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) ? ☐ Oui ☐ Non

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)	
☐	Aucun des sports mentionnés ci-dessous
☐	Le saut à l'élastique [4]
☐	L'aviation ou une activité aérienne [5]
☐	Le sport automobile en compétition [5]
☐	Le motocyclisme [5] *N.B. : l'utilisation de la moto comme moyen de transport n'est pas considérée comme un sport*
☐	Un sport nautique autre qu'en bassin ou piscine [5]
☐	La plongée sous-marine [5] *hormis si elle est pratiquée avec brevet, en groupe et jusqu'à 40 mètres de profondeur*
☐	La spéléologie [5]
☐	Un sport de combat ou un art martial [5] *hormis l'Aïkido, l'Escrime, le Karaté, le Kendo, le Kung fu, le Self défense, le Taekwondo ou le Taï chi chuan*
☐	L'équitation [5] *hormis le manège, la randonnée, l'attelage et le dressage*
☐	Le cyclisme en compétition, le VTT en compétition ou extrême, le Bicross ou le BMX [5]
☐	Un sport de montagne ou de neige [5] *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*
☐	L'escalade *(hormis sur mur artificiel ou bloc)* ou la Via ferrata [5]
☐	La course à pied sur une distance strictement supérieure à 42,195 km [4]

(4) 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 du risque déclaré.
(5) merci de compléter le questionnaire sportif disponible auprès de votre courtier

Je soussigné(e),

- Demande à souscrire au contrat PERENIM Regroupement de crédits.
- **Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la Note d'information du contrat PERENIM Regroupement de crédits (Réf. PERENIM REG.CRED_NI_0121) définissant les garanties dudit contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de sinistre ainsi que les conditions d'exercice du droit de renonciation et le modèle de lettre à utiliser.**
- **Reconnais avoir reçu, s'il y a lieu, le document d'information sur le produit d'assurance (Réf. PERENIM REG.CRED_IPID_0121).**
- En cas de souscription à la garantie Perte d'emploi, je déclare être admissible à cette garantie selon les conditions de souscription mentionnées dans la **Note d'information Garantie Perte d'emploi (Réf. Assurance emprunteur_Garantie Perte d'emploi_0622) dont je reconnais avoir reçu un exemplaire.**
- **Atteste savoir que toute réticence ou fausse déclaration dans mes réponses est de nature à fausser l'idée du risque à couvrir, et m'expose donc aux sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.**

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : https://www.afi-esca.com/informations/rgpd.
L'Assureur, en sa qualité de Responsable de traitement, est amené dans le cadre de l'étude de la demande de contrat d'assurance ou de capitalisation et de l'exécution du Contrat à collecter des données personnelles relatives aux parties et autres personnes concernées par le contrat. L'Assureur s'engage à ce titre à se conformer, et à faire respecter par ses collaborateurs et sous-traitants, la législation afférente en vigueur, notamment la loi 78-17 modifiée.
Ces données sont exclusivement destinées à l'Assureur, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi que le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires. Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables.
Les parties et autres personnes concernées par le contrat bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement relatif aux données les concernant ainsi qu'un droit à la portabilité, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@groupe-burrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex. S'agissant des données collectées exclusivement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Fait à : _____

Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Le Souscripteur	La personne à assurer	Conseil agréé
Signature	Signature	Signature

AFI ESCA propose dans le cadre de l'application de la Convention AERAS, des conditions de garantie spécifiques et adaptées pour les personnes souhaitant s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé. Pour plus d'informations, nous vous invitons à demander conseil à votre intermédiaire d'assurance ou à consulter la rubrique « AERAS » de notre site internet.

ATTENTION : N'oubliez pas de compléter les formalités médicales et le mandat de prélèvement SEPA (en page 4).

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société AFI ESCA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société AFI ESCA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
De plus, vous acceptez également que le délai de notification préalable soit porté à 7 jours calendaires.

Référence Unique du Mandat :

DÉBITEUR

Votre nom ou raison sociale : _____

Votre adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

CRÉANCIER

Identifiant Créancier SEPA : **FR14ZZZ006548**

AFI ESCA - 4, square Dutilleul

59042 LILLE CEDEX

Fait à : _____ **Le :**

Type de paiement : ☐ Paiement récurrent ☐ Paiement ponctuel

LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE

IBAN (Identifiant international) Code BIC

Signature :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par AFI ESCA que pour la gestion de sa relation avec le signataire du présent mandat. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition, de limitation et de portabilité conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi relative à la protection des données personnelles du 20 juin 2018.