

CODE COURTIER

CODE T

Demande d'adhésion 1/4
CONTRAT n° APP0323

premium

Personne à assurer

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____ Statut marital : _____
 Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____
 Code postal de naissance : _____ Pays de naissance : _____
 Tel fixe : _____ Tel mobile : _____ Mail : _____
 Adresse actuelle : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Nouvelle adresse : _____ À compter du : _____
 Code postal : _____ Ville : _____

Profession exacte : _____ Statut professionnel : _____

- Nombre de km professionnels/an en véhicule terrestre à moteur (hors trajet domicile/travail) : - de 15 000 km/an + de 15 000 km/an
- Exercez-vous une activité professionnelle avec travaux manuels ou de manutention régulière ? (port de charge supérieur à 5kg) Oui Non
- Exercez-vous une activité professionnelle en hauteur (supérieure à 3 mètres) ? Oui Non

- Etes-vous une Personne Politiquement Exposée ? (définition en page 5) Oui Non
- Etes-vous membre de la famille d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits avec une Personne Politiquement Exposée ? Oui Non

Déclaration fumeur / non-fumeur

- Je suis fumeur Je suis non-fumeur **« En indiquant être non-fumeur, vous certifiez ne pas avoir consommé de tabac (cigarette, cigare, pipe) ou de cigarette électronique, même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois. »**

Type de projet : Nouveau projet Reprise Objet du financement : _____

Prêts Garantis (1/2)

	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Type du prêt				
Capital emprunté / Capital Restant Dû en cas de reprise (en €)				
Taux du prêt				
Type de taux du prêt				
Durée initiale / Durée restante du prêt en cas de reprise (en mois)				
Dont différé de (en mois)				
Type de différé				
Prêt par paliers				
Détails des paliers				
Palier 1 :				
Palier 2 :				
Palier 3 :				
Palier 4 :				

Prêts Garantis (2/2)

Encours déjà assurés auprès de QUATREM	
Périodicité de paiement des cotisations	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle

Financement en francs suisses

Si votre financement concerne un prêt contracté en francs suisses, souhaitez-vous couvrir le risque de change ? Oui Non

Montant total du (ou des) prêt(s) en francs suisses converti en euros : _____

Coefficient multiplicateur couvrant risque de change (entre 100% et 120%) : _____

Voir paragraphe PARTICULARITÉ / prêts en Francs Suisses dans la notice d'information.

Choix des options de garanties

	Prêt n°1		Prêt n°2		Prêt n°3		Prêt n°4	
	Choix	Quotité ⁽¹⁾	Choix	Quotité ⁽¹⁾	Choix	Quotité ⁽¹⁾	Choix	Quotité ⁽¹⁾
Décès	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
PTIA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
IPT	<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Capital		<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Capital		<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Capital		<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Capital	
ITT/ITP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
IPP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
IPM	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
MNO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Prolongement des garanties facultatives entre 65 ans et 70 ans	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

⁽¹⁾ Quotité exprimée en pourcentage, ne pouvant excéder 100%. Les quotités DC/PTIA doivent être identiques. Les quotités IPT/ ITT/ITP/ IPP/ IPM doivent être identiques.

Franchise ITT

30 jours 60 jours 90 jours 180 jours

Adhérent (si différent de la personne à assurer. En cas de prêt professionnel, l'adhérent est obligatoirement la société ou l'entrepreneur individuel.)

Personne Morale : _____ Représentant Personne Morale : _____ SIREN : _____

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ Commune de naissance : _____ Code postal de naissance : _____

Pays de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Organisme prêteur

Nom / Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse e-mail : _____

Téléphone : _____

Bénéficiaire acceptant

l'Organisme prêteur

En cas d'avenant de cession, merci de nous adresser une attestation signée de toutes les parties, (banque assuré, adhérent) précisant les bénéficiaires désignés en cas de décès.

Date d'effet

Date d'effet souhaitée de l'assurance (*) : _____

(*) Sous réserve qu'à cette date, l'assureur ait accepté l'adhésion et que l'assuré ait donné son accord en cas d'acceptation à des conditions particulières.

Déclaration de la personne à assurer et de l'adhérent (le cas échéant)Je soussigné(e) : M Mme Nom _____ Prénom _____

- demande à adhérer à L'ASSOCIATION DE PROMOTION DE PRÉVOYANCE, SANTÉ ET RETRAITE» et au contrat PREMIUM CRD 01/22 souscrit par elle auprès de QUATREM (Société du groupe Malakoff Humanis), entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital de 510 426 261 €, Entreprise régie par le Code des assurances, Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris. Je déclare avoir pris connaissance des statuts (consultable sur demande). La qualité d'adhérent à l'association est acquise par le versement d'un droit d'adhésion non remboursable, qui sera prélevé tous les ans à la date anniversaire pour un montant de 5 euros.
 - déclare avoir reçu et pris connaissance avant la conclusion du contrat du document d'information produit référencé APP0323.
 - déclare avoir reçu, pris connaissance et accepté les dispositions de la notice d'information valant conditions générales référencée APP 03/23 et de l'avoir conservée.
 - déclare avoir été informé(e) des frais de dossier de 59 euros, par assuré qui seront prélevés en même temps que la 1ère cotisation.
 - déclare, pour les prêts immobiliers usage d'habitation ou à usage mixte (habitation et professionnel), que le montant total assuré au titre de mes emprunts la date d'effet du nouveau projet est strictement supérieur à 200 000 euros en incluant le montant assuré du nouvel emprunt et/ou que l'emprunt se termine au-delà du 60e anniversaire de l'Assuré.
- certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.**

Protection des données à caractère personnel

En application de la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem.

Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par e-mail à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Fait à : _____

Le : _____

Signature de la personne à assurer

Signature de l'adhérent (Si différent de la personne à assurer)

Modalités de renonciation

Faculté de renonciation

L'adhérent(e) peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires à compter du moment où il est informé de cette adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception (ou recommandé électronique), accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur et envoyée à l'adresse suivante :
FOREVER, 14 rue Pierre Gilles de Gennes CS40412 76137 MONT SAINT AIGNAN.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après :

Modèle de lettre de renonciation :

À adresser à votre interlocuteur à l'adresse indiquée ci-dessus, par lettre recommandée avec accusé de réception (ou recommandé électronique)

Je soussigné(e) : _____ ,

demeurant à : _____ ,

déclare renoncer à mon adhésion « APP0323 » n° _____ , et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de ma demande.

Fait à : _____

Le : _____

Définition :

- Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui exerce ou a exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou encore, une haute fonction pour le compte d'une institution internationale publique : chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission Européenne ; membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ; membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ; membre d'une cour des comptes ; dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ; ambassadeur, chargé d'affaires ; officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ; membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ; Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

- Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE : le conjoint ou le concubin notoire ; le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ; en ligne directe, les ascendants et descendants, au premier degré, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.

- Sont considérés comme des personnes connues pour être étroitement associées à une PPE :

toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec cette PPE, toute personne physique identifiée comme étant seul bénéficiaire effectif d'une personne morale connu pour avoir été établi au profit de cette PPE, toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec cette PPE.

Mandat de prélèvement SEPA

A compléter et à nous retourner par courrier à :

FOREVER Service prélèvement – 14 rue Pierre Gilles de Gennes CS40412 76137 Mont Saint Aignan

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez FOREVER à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions figurant au présent mandat.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

Assuré

Créancier

N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA :

FR8ZZZ8777CF

NOM ET ADRESSE CRÉANCIER :

FOREVER

73 rue du château 92100 Boulogne-Billancourt

Coordonnées du compte à débiter (Prélèvements récurrents)

IBAN : BIC :

Signé à :

*Signature de
l'assuré :*

Le :

A compléter (si l'assuré n'est pas le titulaire du compte à débiter)

Nom / Prénom ou dénomination sociale du titulaire du compte :

Adresse :

Code postal : Ville :

Signé à :

*Signature du
titulaire du compte :*

Le :

Cadre réservé FOREVER

Référence unique du mandat	<input type="text"/>
Contrat concerné	<input type="text"/>

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de la cotisation par mode de prélèvement. Le non-paiement de celle-ci, même en cas de contestation ou annulation du prélèvement, a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que par le créancier délégué pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel.