

CODE COURTIER

CODE T

**Demande d'adhésion 1/5**  
CONTRAT n° CE/20 018

Seules les personnes à assurer ayant plus de 200 000€ d'encours cumulés déjà assurés et/ou à assurer et/ou ayant plus de 60 ans au terme du contrat peuvent demander à adhérer au contrat.

**Safi.**

**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 (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, manipulation de patient et/ou position debout)  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 ou de cigarette électronique, même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois, et ne pas avoir cessé de fumer sur demande expresse du corps médical. »**

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 € )				
Taux du prêt				
Type de taux du prêt				
Durée initiale / Durée restante du prêt ( 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)

Caractéristiques du prêt	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Encours déjà assurés auprès de PREPAR-VIE ( tous prêts confondus )				
Périodicité de paiement des cotisations	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> prime unique	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> prime unique	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> prime unique	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> prime unique

Choix des options de garanties <sup>(1)</sup>

	Prêt n°1			Prêt n°2			Prêt n°3			Prêt n°4		
	Choix	Quotité <sup>(2)</sup>	Quotité <sup>(3)</sup>	Choix	Quotité <sup>(2)</sup>	Quotité <sup>(3)</sup>	Choix	Quotité <sup>(2)</sup>	Quotité <sup>(3)</sup>	Choix	Quotité <sup>(2)</sup>	Quotité <sup>(3)</sup>
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"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
IPT Capital	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
ITT	<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"/>		

<sup>(1)</sup> PTIA = Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ; ITT = Incapacité Temporaire Totale ; IPT = Invalidité Permanente Totale ; IPP = Invalidité Permanente Partielle.

<sup>(2)</sup> Au profit du Prêteur. La Quotité assurée au bénéfice du Prêteur additionnée à celle assurée dans le cadre de l'option « Prévoyance » ne doit pas dépasser 100% du montant du capital emprunté. Les quotités IPT, IPP et ITT sont les mêmes dans la mesure où les garanties ITT et/ou IPP sont souscrites. La quotité Décès est supérieure ou égale à la quotité IPT.

<sup>(3)</sup> Au profit du ou des bénéficiaires désignés. La Quotité assurée au bénéfice du Prêteur additionnée à celle assurée dans le cadre de l'option « Prévoyance » ne doit pas dépasser 100% du montant du capital emprunté. Les quotités IPT, IPP et ITT sont les mêmes dans la mesure où les garanties ITT et/ou IPP sont souscrites. La quotité Décès est supérieure ou égale à la quotité IPT.

## Franchise ITT

- 15 jours       30 jours       60 jours  
 90 jours       120 jours       180 jours

## Options

Prolongement des garanties facultatives entre 67 ans et 70 ans si l'assuré exerce toujours une activité professionnelle rémunérée :  Oui  Non

Exonération des cotisations :  Totale  Partielle

Rachat Dos :  Oui  Non

Rachat Psy :  Oui  Non

## Adhérent ( si différent de la personne à assurer )

Qualité :  Emprunteur  Co-emprunteur  Caution

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

 Organisme Financier  Option prévoyance \*

## \* Clause standard :

Le conjoint de l'assuré(e), non séparé de corps judiciairement ou à la personne liée à l'assuré(e) par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers de l'assuré(e).

## Clause particulière :

Si personne(s) physique(s) préciser Nom(s) Prénom(s), date(s) et lieu(x) de naissance et adresse(s).

## Date d'effet

Date d'effet de l'assurance (\*) : \_\_\_\_\_

qui correspond à :  Date de 1<sup>er</sup> déblocage de prêt  Date de signature de l'offre de prêt  Date mentionnée ci-dessus (pour les prêts déjà en cours)

(\*) 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, le cas échéant en cas de vente à distance, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus qui court à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu, en l'absence de demande express de l'adhérent pour une prise d'effet anticipée des garanties.

## Déclaration de la personne à assurer et de l'adhérent ( le cas échéant ) ( 1/2 )

Le candidat à l'assurance demande à adhérer à L'ASSOCIATION DE PROMOTION DE PRÉVOYANCE, SANTÉ ET RETRAITE » et à la convention d'assurance CE/20 018 souscrite par elle auprès de Prepar-Vie - Entreprise régie par le Code des Assurances - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance - au capital de 182 183 792 euros - Siège social : Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 90241 - 92981 PARIS La Défense cedex - 323 087 379 RCS NANTERRE.

Je soussigné(e) :  M  Mme Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

- déclare avoir été informé(e) des frais de dossier de 90 euros par assuré qui seront prélevés en même temps que la 1<sup>ère</sup> cotisation.
- si je ne suis pas déjà membre de l'association « ASSOCIATION DE PROMOTION DE PRÉVOYANCE, SANTÉ ET RETRAITE » (sis 120 avenue de Général Leclerc 75014 PARIS), je demande à y adhérer et je déclare avoir pris connaissance de ses statuts (consultables sur demande). La qualité d'adhérent à l'association est acquise par le versement d'une cotisation unique non remboursable, qui sera prélevé tous les ans à la date anniversaire de l'adhésion pour un montant de 5 euros.
- déclare accepter d'être assuré(e) au titre du contrat SAFI EMPRUNTEUR CE/20 018.
- déclare avoir reçu et pris connaissance du document intitulé «NOTICE D'INFORMATION – CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT SAFI EMPRUNTEUR CE/20 018 version juin 2022», notamment en ce qui concerne l'objet du contrat et les exclusions de garanties, avoir compris et en accepter tous les termes et rester en possession de l'exemplaire de XX pages qui lui revient.
- certifie exactes et sincères les réponses apportées à la présente demande d'adhésion et au questionnaire de santé qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'Assureur et que la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux articles L113-8, L113-9 ou L132-26 du Code des assurances dont les textes sont reproduits dans la notice d'information.
- déclare avoir été informé(e) de la possibilité d'envoyer la demande d'adhésion et le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, FOREVER Service Médical, 120 avenue du Général Leclerc CS 10029 75680 PARIS CEDEX 14.
- déclare avoir pris connaissance de la convention AERAS ([www.aeras.fr](http://www.aeras.fr)) et du document d'information AERAS relatif au droit à l'oubli dont j'ai reçu un exemplaire.
- déclare avoir été informé(e) que l'organisme prêteur est le bénéficiaire acceptant des prestations garanties, à concurrence des sommes qui lui sont dues. Il est convenu qu'aucune modification de l'adhésion ne pourra avoir lieu sans le consentement de l'organisme prêteur. Celui-ci sera informé en cas de non-paiement éventuel des cotisations.
- déclare, lorsque l'assuré est également l'adhérent, être à jour de mes cotisations d'assurance de prêt, dans le cas d'une substitution d'assurance. Lorsque l'adhérent est différent de l'assuré, l'adhérent déclare être à jour de ses cotisations d'assurance de prêt, dans le cas d'une substitution d'assurance.
- déclare, dans le cas d'un montant assuré inférieur à 200 000€ et d'un âge au terme inférieur à 60 ans, avoir des encours de prêt immobilier déjà assuré et/ou à assurer supérieur à 200 000€.

**Déclaration de la personne à assurer et de l'adhérent ( le cas échéant ) ( 2/2 )****L'assuré(e) et le cas échéant l'adhérent certifie(nt) être informé(e)s de :**

Toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur, Magnolia Web Assurances et Forever. L'Assureur est responsable du traitement des adhésions, de la vie du contrat, du dénouement du contrat. Magnolia Web Assurances est responsable du traitement de l'entrée en relation. L'Assureur et Magnolia Web Assurances sont co-responsables du traitement de la connaissance client, des réclamations et de la fraude. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations. Pour l'Assureur, Magnolia WEB Assurances et FOREVER, les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i),(v),(vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii),(iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles.

Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mel ([dpo@prepar-vie.com](mailto:dpo@prepar-vie.com)) ou le médecin conseil de l'Assureur ([service.medical@prepar-vie.com](mailto:service.medical@prepar-vie.com)) pour vos données de santé, ou par courrier (PREPAR-VIE, DPO, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. Pour Magnolia WEB Assurances et FOREVER, toute question relative au traitement de vos données personnelles ainsi qu'à l'exercice de vos droits sont à adresser à : Délégué à la Protection des Données – [dpo@magnolia.fr](mailto:dpo@magnolia.fr). En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mel ([www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)) ou par courrier postal en écrivant à : OPPOSETEL-Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret –10000 TROYES.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet [www.prepar-vie.fr](http://www.prepar-vie.fr).

- J'accepte les Conditions Générales du site et la Politique de données personnelles,
- J'accepte de recevoir des offres d'assurance de prêt et propositions commerciales de partenaires.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

*Signature de la personne à assurer précédée de «Lu et approuvé»*

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

*Si l'assuré est différent de l'adhérent, signature de l'assuré(e) précédée de «bon pour autorisation à l'assurance»*



**La décision favorable de l'assureur est valable 6 mois (12 mois dans le cadre d'une reprise de substitution), elle vous sera communiquée par l'envoi d'une proposition d'assurance et/ou du certificat d'adhésion**

## Vente À Distance

En cas de Vente A Distance, les garanties ne prennent normalement effet qu'à l'issue du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, qui court à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu. Sur demande expresse de l'adhérent, la date d'effet des garanties peut être anticipée.

Date de conclusion à distance :

Pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée dans cette demande d'adhésion est antérieure à la date d'expiration du dit délai de renonciation, l'adhérent reconnaît l'avoir expressément demandé et avoir été informé qu'il conserve cependant la faculté de renoncer jusqu'à l'expiration du délai ci-dessus mentionné.

Cette renonciation peut être faite par retour du bordereau ci-dessous complété et signé et envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

**Je soussigné(e) :**  M  Mme **Nom** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_  
**demeurant** \_\_\_\_\_ ,

déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance SAFI EMPRUNTEUR CE/20 018,  
conclue sous la référence n° \_\_\_\_\_ . Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

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 ; les enfants, 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 ; les ascendants au premier degré.

- 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, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger conjointement avec cette PPE, toute personne physique identifiée comme étant seul bénéficiaire effectif d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger, connu pour avoir été établi au profit de cette PPE, toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec cette PPE.

## 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 contrat.

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 à FOREVER

Référence unique du mandat\*

Contrat concerné

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 prime 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. Toutes les informations contenues dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique par l'Assureur ou son délégataire pour le compte de ce dernier, pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Pour l'exercice de ses droits et ses modalités, le client peut se référer à l'article 26 de la notice SAFI-CE/20 018-NI-06/2022.

\* (Pour information, FOREVER n'est pas en capacité lors de la gestion par ses soins de communiquer le RUM à ce stade, mais une fois seulement que le mandat est enregistré dans la mandathèque, qui alors génère le RUM)