

CODE COURTIER

CODE T

Demande d'adhésion 1/5
CONTRAT n° CE/20 017

Seuls les assurés ayant plus de 60 ans au terme du contrat et/ou plus de 200 000€ d'encours cumulés assurés peuvent souscrire 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 ⁽¹⁾

	Prêt n°1			Prêt n°2			Prêt n°3			Prêt n°4		
	Choix	Quotité ⁽²⁾	Quotité ⁽³⁾	Choix	Quotité ⁽²⁾	Quotité ⁽³⁾	Choix	Quotité ⁽²⁾	Quotité ⁽³⁾	Choix	Quotité ⁽²⁾	Quotité ⁽³⁾
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"/>		
IP PRO	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

⁽¹⁾ PTIA = Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ; ITT = Incapacité Temporaire Totale ; IPT = Invalidité Permanente Totale ; IPP = Invalidité Permanente Partielle ; IP PRO = Invalidité Permanente Professionnelle

⁽²⁾ 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 et à la quotité IP Pro.

⁽³⁾ 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 et à la quotité IP Pro.

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^{er} 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/20 017 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^{ère} 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/20 017.
- déclare avoir reçu et pris connaissance du document intitulé «NOTICE D'INFORMATION – CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT SAFI EMPRUNTEUR CE/20 017 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) 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 immobiliers assurés 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 collectées dans le présent formulaire, dont le questionnaire de santé, sont enregistrées par PREPAR-VIE, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, le suivi et l'exécution des contrats d'assurance, (ii) la mise en oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires de PREPAR-VIE et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de PREPAR-VIE, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de PREPAR-VIE, 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 PREPAR-VIE, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne. Elles sont conservées, par PREPAR-VIE, 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. La personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de ses données, du droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès et, le cas échéant, de retirer son 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 fournir une pièce justificative d'identité et de contacter le délégué à la protection des données (DPO) de PREPAR-VIE par mél (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé ou par courrier : PREPAR-VIE, à l'attention du DPO ou du médecin conseil de l'assureur, tour Franklin, 100-101 terrasse BOIELDIEU, 92800 Puteaux.

En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL (www.cnil.fr). Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.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»
Si l'assuré est différent de l'adhérent, signature de l'assuré(e) précédée
de «bon pour autorisation à l'assurance»*

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

La décision favorable de l'assureur est valable 6 mois(12 mois dans le cadre d'une reprise Bourquin), 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/20 017,
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 ; 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.

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

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. 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.

* (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)