

**Personne à assurer**

Qualité :  Emprunteur  Co-emprunteur

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 bancaire  Reprise autre **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)

Disposez-vous d'autres prêts immobiliers ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, le montant assuré total de vos prêts immobiliers (y compris le présent projet) sera-t-il inférieur à 200 000€ ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Périodicité de paiement des cotisations	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle

## 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"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
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"/>	
MNO	<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 doivent être identiques.

## Franchise ITT

90 jours  120 jours  180 jours

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

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

*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 AXERIA PREVOYANCE SPEEDONE CI 0522 souscrit par elle auprès d'AXERIA Prévoyance, entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital de 31 000 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 350.261.129, 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 APS0522.
- déclare avoir reçu, pris connaissance et accepté les dispositions de la notice d'information valant conditions générales référencée APS0522-NI-05/22 et de l'avoir conservée.
- déclare avoir été informé(e) des frais de dossier de 90 euros, par assuré qui seront prélevés en même temps que la 1ère cotisation.
- **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

Les données à caractère personnel recueillies par l'Assureur, AXERIA PREVOYANCE, et son délégataire de gestion, sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, l'Assureur et le Délégataire de gestion mettent en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à leurs obligations légales l'Assureur et le Délégataire de gestion mettent également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'Assureur et au Délégataire de gestion en tant que responsables de leurs traitements et à leurs sous-traitants.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

**Protection des données à caractère personnel ( suite )**

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le Délégué à la protection des données par mail à l'adresse [dpo@magnolia.fr](mailto:dpo@magnolia.fr) ou par courrier à l'adresse FOREVER 14 rue Pierre Gilles De Gennes CS 40412 76123 Mont Saint Aignan.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr).

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Assureur et le Délégué de gestion de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

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 « APS0522 » 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.

## 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

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 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.