

CODE COURTIER

CODE T

Bulletin d'adhésion 1/5 DA-03/2023
 CONTRAT n° HM-202211-J0006

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
- Exercez-vous l'une de ces professions ou travaillez-vous dans l'un de ces secteurs ? Oui Non
Cariste, docker, professions de la montagne, volcanologue, cascadeur, guide de chasse, tauréador, sportif professionnel, professions impliquant une activité minière, souterraine ou de galerie, professions en lien avec la sécurité, la surveillance ou nécessitant un port d'arme, armée, professions de la voyance, astrologie et cartomanie, professions en relation avec des travaux forestiers, professions du secteur aérien, professions du secteur de la chime, de la bactériologie, du nucléaire, d'explosif, professions relevant du régime ENIM, professions du secteur pétrolier, professions du cirque, guide de safaris, artistes, intermittents du spectacle, missions humanitaires à l'étranger, journaliste ou reporter
- Pratiquez-vous une ou plusieurs activités sportives ? Oui Non
 si oui, lesquelles ? _____
- 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 contrat groupe Reprise délégation externe **Objet du financement :** _____

Prêts Garantis (1/2)

| Caractéristiques du (des) prêt(s) | 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)

- Est-ce que la totalité de l'encours assuré auprès de toutes compagnie d'assurance, toutes opérations confondues en tenant compte du ou des prêts faisant l'objet de la demande d'adhésion est supérieure à 200 000€ ? : Oui Non
- Encours déjà assurés auprès de HARMONIE MUTUELLE (tous prêts confondus) : _____

Choix des options de garanties ⁽¹⁾

| | Prêt n°1 | | Prêt n°2 | | Prêt n°3 | | Prêt n°4 | |
|--|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|
| | Choix | Quotité ⁽³⁾ | Choix | Quotité ⁽³⁾ | Choix | Quotité ⁽³⁾ | Choix | Quotité ⁽³⁾ |
| DC / PTIA | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| DC / PTIA / ITT | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| DC / PTIA / ITT / IPT | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| DC / PTIA / ITT / IPT / IPP | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Dos ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Psy ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Périodicité de paiement des cotisations | <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle | | <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle | | <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle | | <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle | |

⁽¹⁾ DC = Décès ; PTIA = Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ; ITT = Incapacité Temporaire Totale ; IPT = Invalidité Permanente Totale ; IPP = Invalidité Permanente Partielle.

⁽²⁾ Je demande la suppression des exclusions liées aux affections dorsales et psychiatriques notifiées à l'article 5 de la notice d'information référencée « HM.NI.SPITI EMPRUNTEUR. 03-2023 ».

⁽³⁾ Quotité exprimée en pourcentage, ne pouvant excéder 100%. Les quotités DC/PTIA doivent être identiques. Les quotités IPT/ ITT/IPT/ IPP doivent être identiques.

Franchise ITT

- 30 jours 60 jours 90 jours
 120 jours 180 jours

Options

- Exonération du paiement des cotisations en cas d'arrêt de travail et d'invalidité permanente totale : Oui Non

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

- Organisme Financier
Le bénéficiaire des garanties DC/PTIA est l'organisme financier prêteur.
 Option prévoyance
Le bénéficiaire est le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers légaux de l'assuré.

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, la mutuelle 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)

Le candidat à l'assurance demande à adhérer à L'ASSOCIATION DE PROMOTION DE PRÉVOYANCE, SANTÉ ET RETRAITE » et au contrat HM-202211-J0006 souscrit par elle auprès de HARMONIE MUTUELLE, 143 rue Blomet - 75015 PARIS.

Je soussigné(e) : M Mme Nom _____ Prénom _____

- déclare avoir été informé(e) des frais de dossier de 39 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 PROMOTION DE PRÉVOYANCE, SANTÉ ET RETRAITE » (sis 120 avenue de Général Leclerc 75014 PARIS), je demande à y adhérer (les statuts sont disponibles sur demande en s'adressant au siège de l'association). 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 accepter d'être assuré(e) au titre du contrat SPITI EMPRUNTEUR HM-202211-J0006.
- déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information référencée «HM.NI.SPITI EMPRUNTEUR CI. 03-2023», souscrit par l'A.P.S.R. auprès d'HARMONIE MUTUELLE, le double du présent bulletin d'adhésion et un modèle de lettre de renonciation.
- déclare avoir été informé que mon adhésion au contrat SPITI EMPRUNTEUR me confère la qualité de membre participant d'Harmonie Mutuelle, et avoir reçu à ce titre les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.
- **certifie exactes** et sincères les réponses apportées au présent bulletin d'adhésion et, le cas échéant, au questionnaire de santé qui serviront de base à l'appréciation du risque par la mutuelle et que toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration m'expose aux sanctions prévues aux articles L221-14 ou L221-15 du Code de la Mutualité.
- déclare avoir été informé(e) de la possibilité d'envoyer le bulletin d'adhésion et, le cas échéant, le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la mutuelle, ou de son délégataire FOREVER, 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 en cas de DC/PTIA, à concurrence des sommes qui lui sont dues. Il est convenu qu'aucune modification de l'adhésion entraînant une diminution ou une suppression de garantie 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.

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès de ses adhérents / ou entités souscriptrices la communication d'informations et / ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (l'origine des fonds ou ressources déclaré). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie. L'adhésion est conditionnée aux résultats des vérifications conduites et pourra être refusée, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, veuillez-vous reporter au code de conduite de la Mutuelle.

Protection des données à caractère personnel

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet de traitements de données dont HARMONIE MUTUELLE est responsable; elles sont indispensables au traitement de votre adhésion. Ces traitements de données sont destinés aux personnels de HARMONIE MUTUELLE, à ses délégataires, ses sous-traitants ainsi que l'association souscriptrice du présent contrat, en charge de la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat; les données collectées pourront également faire l'objet de traitements destinés au respect des intérêts légitimes de HARMONIE MUTUELLE, tels que précisés dans les différents documents contractuels en votre possession afférents à votre adhésion (notice d'information,, conditions générales).

La durée de conservation de vos données personnelles est fonction de la durée de votre contrat ainsi que des durées de prescription prévues par la réglementation, dans les limites des dispositions d'ordre public.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, d'un droit à la limitation du traitement, à la portabilité des données, ainsi que du droit de ne pas faire l'objet d'une décision individuelle automatisée (y compris de profilage), et de celui d'organiser le sort de vos données personnelles à titre posthume.

Toute question relative au traitement de vos données personnelles ainsi qu'à l'exercice de vos droits peut être formulée à l'attention de notre délégué à la protection des données, dont les coordonnées sont les suivantes: dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2, en joignant à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. Nous vous précisons que pour toute réclamation liée au traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, il vous est possible de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés.

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)

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), 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 « SPITI EMPRUNTEUR » 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 : _____

Définitions :

- 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 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 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.