

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A ASSURER

Mlle Mme M Emprunteur Co-emprunteur Caution

Nom _____ Prénom _____ Né(e) le : _____

Adresse n° _____ Rue _____

Code Postal _____ Ville _____ Pays _____

Profession exacte : _____ CSP(*) : _____

Effectuez-vous plus de 15.000 km par an en véhicule à moteur hors trajet domicile / travail OUI NON

Exercez-vous une activité de travaux de manutention dans votre travail ? (plus de 15 Kg) OUI NON

Exercez-vous une activité en hauteur dans votre travail ? (plus de 15 m) OUI NON

Est-il prévu une seconde adhésion pour le même prêt ? OUI NON (Si oui remplir une seconde demande d'admission)

Si oui, nom du second assuré _____ Prénom du second assuré _____

CSP (*) : Artisan / Commerçant / Employé / Ouvrier / Cadre / Profession libérale / Chef d'entreprise / Agriculteur / Chauffeur / Taxi / Coursier / Livreur / Sans activité professionnelle / Autre.

EMPRUNTEUR SI DIFFERENT DE L'ASSURE

Mlle Mme M Raison sociale (pour les personnes morales)

Nom - Prénom ou raison sociale _____

Adresse n° _____ Rue _____

Code Postal _____ Ville _____ Pays _____

CARACTERISTIQUES DU PRET A ASSURER

| | Prêt 1 | Prêt 2 | Prêt 3 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Capital emprunté | _____ | _____ | _____ |
| Type de prêt amortissable (*) ou in fine (**) | _____ | _____ | _____ |
| Nature du prêt immobilier / professionnel / autre | _____ | _____ | _____ |
| Durée en mois dont différé d'amortissement | _____ mois dont différé : _____ | _____ mois dont différé : _____ | _____ mois dont différé : _____ |
| Taux d'intérêt du prêt | _____ % | _____ % | _____ % |
| Quotité assurée | _____ % | _____ % | _____ % |
| Périodicité du prêt (annuelle, mensuelle, ...) | _____ | _____ | _____ |
| Organisme prêteur <i>Merci de préciser le nom et l'adresse de chaque organisme prêteur</i> | _____ | | |

(*) Taux Fixe et échéances Constantes (TFC) ou Taux Fixe et échéances par Paliers (TFP) ou Taux Fixe et échéances Modulables (TFM) ou Taux Variable (TV)

(**) Avec Paiement Périodique d'Intérêts (APPI) ou Sans Paiement Périodique d'Intérêts (SPPI)

NB : Pour les prêts à paliers, joindre le détail des paliers.

DECLARATION DES ENCOURS ASSURES Allianz SOLASTER CONTRAT N° 5301

Somme des capitaux restant dus sur chaque prêt en cours multipliés par la quotité assurée : _____ €

GARANTIES DEMANDEES

DATE D'EFFET DES GARANTIES SOUHAITEE

Cocher les garanties choisies

Important : les prêts in fine sans paiement de période d'intérêts sont assurables uniquement en option 1

| | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|
| | Option 1 | Option 2 |
| | Décès/PTIA | Décès/PTIA/ITT/IPT |
| Prêt 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prêt 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prêt 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les garanties prennent effet, à la date mentionnée ci-dessous. Vous pouvez par exemple retenir la date de signature de l'offre de prêt (ou la date présumée). A défaut de choix de votre part, les garanties prendront effet à la date d'acceptation du risque par l'assureur. Les cotisations d'assurances seront dues à compter de la date de prise d'effet. Le montant de la cotisation est fonction de la date d'effet souhaitée par le postulant.

Date d'effet souhaitée : _____ 2 0 _____

DECLARATION SPECIALE NON FUMEUR

Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date de demande d'admission.

Date _____

Je déclare également ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales.

Je m'engage à informer l'assureur si je commence ou recommence à fumer même occasionnellement pendant la durée du contrat.

Signature de la personne à assurer : _____

J'autorise l'assureur à pratiquer, pendant la durée du contrat, les contrôles nécessaires à la vérification de mon état de non-fumeur.

COTISATION

Total des cotisations en fonction des éléments fournis sur toute la durée du prêt (tel que figurant sur le projet qui vous a été remis) _____ €

Important : Le montant de la cotisation est susceptible d'être modifié en fonction de vos déclarations de santé et de vos activités.

La cotisation définitive est celle figurant sur l'attestation d'assurance.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

Le prélèvement de vos cotisations sera effectué mensuellement sauf si vous nous indiquez

(Joindre un R.I.B.)

une périodicité autre ci-après :

Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Code banque _____ Code guichet _____ n° de compte _____ Clé RIB _____

JE DÉCLARE :

- avoir reçu ce jour la notice d'information du contrat n° 5301 et en avoir pris connaissance, notamment l'objet du contrat, des conditions et exclusions des garanties, et des limitations d'indemnisation, et en accepter tous les termes,
- avoir reçu le dépliant relatif à la convention AERAS, remis par mon conseiller bancaire et en avoir pris connaissance,
- certifier exacts les renseignements indiqués sur cette demande qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'assureur,
- certifier avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur,
- reconnaître avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances dont un extrait est reproduit dans mon exemplaire de la notice d'information,
- être informé que les garanties accordées par l'assureur ainsi que les conditions d'assurance me seront communiquées sur une proposition d'assurance.

Fait à : _____ le _____

Signature de la personne à assurer :

Réservé au conseiller

Code courtier _____ / _____ / _____

Dossier suivi par _____