

DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR N° L.1017/0001

Numéro APPORTEUR Nom et adresse professionnelle de l'intermédiaire :
Courtier en assurance immatriculé auprès de l'ORIAS sous le numéro :
En cas de réclamation, s'adresser à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) -
Bureau des Relations avec les Assurés - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09 - Téléphone 01 55 50 41 41

La présente demande d'adhésion est composée de 7 pages ; pages 1 & 2 : demande d'adhésion ; page 3 : autorisation de prélèvement ; pages 4 à 7 : notice d'information du contrat L.1017/0001.

1^{re} PERSONNE À ASSURER

2^e PERSONNE À ASSURER

En qualité de : Emprunteur Co-emprunteur
 Gérant ou chef d'entreprise AutreEn qualité de : Emprunteur Co-emprunteur
 Gérant ou chef d'entreprise Autre M. Mme Mlle M. Mme Mlle

Nom :

Nom :

Prénom(s) :

Prénom(s) :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| Lieu :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| Lieu :

FUMEUR : OUI NON (signer la déclaration spécifique)FUMEUR : OUI NON (signer la déclaration spécifique)

Adresse actuelle :

Adresse actuelle :

Code postal : Ville :

Code postal : Ville :

PROFESSION (nature exacte) :

PROFESSION (nature exacte) :

CSP : 1 2 3 4 CSP : 1 2 3 4

Tél. : Port. :

Tél. : Port. :

Adresse mail :

Adresse mail :

! Si votre emprunt concerne l'acquisition de votre résidence principale, veuillez préciser ci-après votre future adresse :

Future adresse :

Code Postal : Ville : Date de changement : |_|_| |_|_|_|_|_|

Emprunteur (si différent de la personne à assurer) : Entreprise SCI* Autre

Nom / Raison sociale / Forme juridique :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. :

Date de création :

* Si Société Civile Immobilière : parts de la personne à assurer dans la SCI : % (Joindre justificatif).

Clause séquestre :

Caractéristiques des prêt(s) immobilier(s) ou professionnel(s) à assurer :

Type de prêt (à renseigner ci-dessous) : Type 1 : Prêt amortissable Type 2 : Prêt Relais Type 3 : Prêt In Fine Type 4 : Autre

| | Montant initial du prêt | Type de prêt | Quotité en % | | Durée du prêt (en mois) | Durée du différé (en mois) | Taux d'intérêt du prêt % | Nom et adresse de l'organisme financier |
|--------|-------------------------|--------------|--------------|----------|-------------------------|----------------------------|--------------------------|---|
| | | | Assuré 1 | Assuré 2 | | | | |
| Prêt 1 | € | | | | | | | |
| Prêt 2 | € | | | | | | | |
| Prêt 3 | € | | | | | | | |

Date de débloqué de fonds :

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

.....

DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR N° L.1017/0001

GARANTIES DEMANDÉES PAR LE 1^{ER} ASSURÉ

| Cotisations calculées sur la base du Capital Restant dû | | Cotisation basée sur le capital initial assuré |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Garanties de base obligatoires ; Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, garantie des frais de remboursement anticipé du prêt (garantie offerte) | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> Protection+ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente ou partielle à partir de 33% Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> Protection+ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Professionnelle Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Dépendance | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte de Revenus et Invalidité Permanente Totale Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> Protection+ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte de Revenus et Invalidité Permanente ou partielle à partir de 33% et Invalidité Permanente Totale Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> Protection+ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Pharmaciens Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Pharmaciens |
| | | <input type="checkbox"/> PERTE D'EMPLOI (Vous devez répondre aux critères d'assurabilité : reportez-vous à la déclaration spécifique pour cette garantie) |
| | | Signature de la personne à assurer : |

GARANTIES DEMANDÉES PAR LE 2^{ÈME} ASSURÉ

| Cotisations calculées sur la base du Capital Restant dû | | Cotisation basée sur le capital initial assuré |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Garanties de base obligatoires ; Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, garantie des frais de remboursement anticipé du prêt (garantie offerte)* | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> Protection+ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente ou partielle à partir de 33% Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> Protection+ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Professionnelle Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Dépendance | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte de Revenus et Invalidité Permanente Totale Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> Protection+ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte de Revenus et Invalidité Permanente ou partielle à partir de 33% et Invalidité Permanente Totale Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> Protection+ : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Pharmaciens Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Invalidité Permanente Pharmaciens |
| | | <input type="checkbox"/> PERTE D'EMPLOI (Vous devez répondre aux critères d'assurabilité : reportez-vous à la déclaration spécifique pour cette garantie) |
| | | Signature de la personne à assurer : |

Païement des cotisations : **Obligatoirement par prélèvements automatiques**
 (remplir l'autorisation de prélèvement et joindre un RIB)

| | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|------------------------------------|
| Périodicité du paiement | <input type="checkbox"/> Annuelle | <input type="checkbox"/> Semestrielle | <input type="checkbox"/> Trimestrielle | <input type="checkbox"/> Mensuelle |
| Mode de paiement | <input type="checkbox"/> Prime unique | <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique | <input type="checkbox"/> Chèque (sauf pour le mensuel) | |
| Frais de fractionnement : 1,50 € | Par prélèvement | | | |
| Frais de dossier : 20 € | } Prélevés une seule fois lors du premier prélèvement de cotisation | | | |
| Cotisation AGIS : 9 € | | | | |

Capitaux déjà assurés au titre d'autres emprunts

Auprès de SwissLife : Montant : € Depuis quelle date ?

Auprès d'un autre Assureur : Montant : € Depuis quelle date ?

Déclaration spécifique «Non Fumeur»

Je certifie ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir cessé de fumer sur demande expresse du corps médical. Cette attestation Non Fumeur fait partie intégrante de mes déclarations de santé nécessaires à l'adhésion à l'assurance. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance (Art. L113-8 du Code des Assurances). En cas d'omission, la garantie peut-être diminuée (Art. L113-9 du Code des Assurances).

| | |
|--|--|
| Assuré(e) 1 À le Signature précédée de la mention "lu et approuvé" | Assuré(e) 2 À le Signature précédée de la mention "lu et approuvé" |
|--|--|

Déclaration spécifique pour la garantie «Perte d'emploi»

Je déclare :

- Être âgé de moins de 55 ans, exercer à titre principal une activité salariée sous contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois consécutifs chez un même employeur.
- Être susceptible de bénéficier d'allocations ASSEDIC (ou équivalentes pour les agents civils non titulaires ou non fonctionnaires de l'Etat ou d'une collectivité locale).
- Ne pas être en période d'essai, au chômage total ou partiel, en préavis de licenciement, de démission ou de mise en retraite ou préretraite.

| | |
|--|--|
| Signature assuré(e) 1 précédée de la mention «lu et approuvé» ou «je renonce à souscrire l'assurance perte d'emploi» À le | Signature assuré(e) 2 précédée de la mention «lu et approuvé» ou «je renonce à souscrire l'assurance perte d'emploi» À le |
|--|--|

DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR N° L.1017/0001

Je soussigné(e) :

- Demande à adhérer à l'AGIS (Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité).
- Demande à adhérer au contrat d'assurance L.1017/0001 souscrit par l'AGIS auprès de Swiss Life.
- Atteste savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans mes réponses entrainera la nullité de l'assurance.
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance des conditions générales du contrat valant notice d'information et d'un modèle de lettre de renonciation légale.
- Je certifie être et rester en possession de mon dossier d'information et d'adhésion, qui contient notamment l'intégralité de la notice d'information du contrat.

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

JE CERTIFIE QUE LES RÉPONSES CI-DESSUS SONT SINCÈRES ET COMPLÈTES, ET J'AFFIRME N'AVOIR RIEN DISSIMULÉ QUI POURRAIT INDUIRE EN ERREUR L'ASSUREUR ET RISQUERAIT DE FAUSSER LA DÉCISION QU'IL DOIT PRENDRE AU SUJET DE L'ASSURANCE PROPOSÉE. JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'EXTRAIT DE L'ARTICLE L 113-8 DU CODE DES ASSURANCES REPRODUIT CI-CONTRE.

ARTICLE L113-8 : INDÉPENDAMMENT DES CLAUSES ORDINAIRES DE NULLITÉ ET SOUS RÉSERVE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L 132-26, LE CONTRAT D'ASSURANCE EST NUL EN CAS DE RÉTICENCE OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURÉ, QUAND CETTE RÉTICENCE OU CETTE FAUSSE DÉCLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MÊME QUE LE RISQUE OMIS OU DÉNATURÉ PAR L'ASSURÉ À ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE.

| ASSURÉ 1 | ASSURÉ 2 |
|---|---|
| NOM Prénom | NOM Prénom |
| À le | À le |
| Signature précédée de la mention «lu et approuvé» | Signature précédée de la mention «lu et approuvé» |

Conformément à la loi «Informatique et Liberté» 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, ses réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Pour cela, vous pouvez vous adresser à : SPB - Quai Colbert - 76095 Le Havre Cedex.

Le présent contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative est souscrit par L'AGIS auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine.

86, Boulevard Haussmann 75380 Paris Cedex 08 - SA au capital de 75 000 000 € RCS Paris 341.785.632 et SwissLife Prévoyance et Santé - Siège Social : 86, Boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08 - SA au capital de 150 000 000 € RCS Paris 322.215.021 - Entreprises régies par le Code des Assurances.

«SPB» : Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 251 700 € - 71, Quai Colbert - 76600 Le Havre - RCS Le Havre 305 109 779 - société de courtage d'assurances (garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L 530-1 et L 530-2 du Code des Assurances).

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande auprès de ma banque. Je réglerai le différent directement avec SPB, Organisme Gestionnaire.

N° NATIONAL D'EMETTEUR : 115711

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE
SPB - Contrat L.1017/0001
Quai Colbert
76095 LE HAVRE CEDEX

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

Nom :
Prénom(s) :
Adresse :
..... Code postal :
Ville :

Important : n'oubliez pas de joindre à la présente autorisation de prélèvement un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (à détacher).

NOM ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Établissement :
Adresse :
..... Code postal :
Ville :

Codes :
Établissement Guichet N° de compte Clé RIB

Date : .../.../..... Signature :

Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1er avril 1980 de la Commission Informatique et Libertés.