

Conditions d'éligibilité à l'offre Select Emprunteur

Vous êtes Non Fumeur ? Vérifiez dès maintenant si le tarif qui vous est présenté vous concerne, Le produit Select Emprunteur peut vous faire bénéficier des classes "Préférentielle" et "Super Préférentielle" sous réserve de satisfaire TOUS les critères relatifs aux classes ci-dessous définies

Capitaux <= 250k EUR	
	Classe préférentielle
IMC	Inférieur ou égal à 25
Antécédents médicaux familiaux	Aucun membre de la famille immédiate n'est décédé du ou à été diagnostiqué un: - cancer, - accident cérébrovasculaire, ou - diabète, avant l'âge de 65 ans
Antécédents médicaux personnels	Aucun antécédent de cancer, accident cérébrovasculaire ou diabète
Antécédents médicaux personnels - médicaments pour contrôler le cholestérol ou la pression artérielle	Jamais utilisé de médicaments pour contrôler la pression artérielle ou cholestérol
Drogue et alcool	Jamais été soumis à un traitement relatifs à la drogue ou à l'alcool
Aviation et activités	Ne pratique pas de sports dangereux ni l'aviation privée

Capitaux > 250k EUR		
	Classe super préférentielle	Classe préférentielle
Pression artérielle	18-45ans : <=120/80 46+ : <=135/85	18-45ans : <=135/85 46+ : <=140/90
Cholestérol total	18-45ans : < 2g/l ou 5,2 mmol/l 46+ : < 2,20g/l ou 5,7 mmol/l	18-45ans : < 2,20 g/l ou 5,7 mmol/l 46+ : < 2,40g/l ou 6,2 mmol/l
Cholestérol total sur cholestérol HDL	Inférieur ou égal à 4,5	Inférieur ou égal 5,5
IMC	de 18,5 à 25	de 18,5 à 29
Antécédents médicaux familiaux	Aucun membre de la famille immédiate n'est décédé du ou à été diagnostiqué un: - cancer, - accident cérébrovasculaire, ou - diabète, avant l'âge de 65 ans	Aucun membre de la famille immédiate n'est décédé du ou à été diagnostiqué un: - cancer, - accident cérébrovasculaire, ou - diabète, avant l'âge de 60 ans
Antécédents médicaux personnels	Aucun antécédent de cancer, accident cérébrovasculaire ou diabète	Aucun antécédent de cancer, accident cérébrovasculaire ou diabète
Antécédents médicaux personnels - médicaments pour contrôler le cholestérol ou la pression artérielle	Jamais utilisé de médicaments pour contrôler la pression artérielle ou cholestérol	Traitement suivi sous contrôle depuis plus d'un an
Drogue et alcool	Jamais été soumis à un traitement relatifs à la drogue ou à l'alcool	Jamais été soumis à un traitement relatifs à la drogue ou à l'alcool
Aviation et activités	Ne pratique pas de sports dangereux ni l'aviation privée	Ne pratique pas de sports dangereux ni l'aviation privée



DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT L.1021/0001/00

SwissLife Assurance et Patrimoine Siège social : 86 Boulevard Haussmann 75380 Paris Cedex 08. SA au capital de 141 494 381,54 €. Entreprise régie par le Code des Assurances 341 785 632 RCS Paris.

Code apporteur : 400401

1^{ère} Personne à assurer

Mr Mme Melle Emprunteur Co-emprunteur Caution Gérant ou Chef d'entreprise

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de Naissance : [][] [][] [][][][]

Profession : _____ CSP* : T1 T2 T3 Hors Classification *

Fumeur Non Fumeur

Adresse Actuelle : Apt : _____ Résidence : _____

N°et rue : _____

Code Postal : [][][][][] Ville : _____

* Les professions n'entrant pas dans les classes T1, T2 & T3 font l'objet d'une étude et d'une tarification particulière.

2^{ème} Personne à assurer

Mr Mme Melle Emprunteur Co-emprunteur Caution Gérant ou Chef d'entreprise

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : [][] [][] [][][][]

Profession : _____ CSP : T1 T2 T3 Hors Classification *

Fumeur Non Fumeur

Adresse Actuelle : Apt : _____ Résidence : _____

N°et rue : _____

Code Postal : [][][][][] Ville : _____

* Les professions n'entrant pas dans les classes T1, T2 & T3 font l'objet d'une étude et d'une tarification particulière.

Future adresse (si acquisition résidence principale)

Apt : _____ Résidence : _____ Date de déménagement : [][] [][] [][]

N°et rue : _____

Code Postal : [][][][][] Ville : _____

Emprunteur (si différent de la personne à assurer)

Nom / Raison sociale : _____ Entreprise S.C.I ** Autre

Secteur d'Activité : _____ N°et Rue : _____

Code Postal : [][][][][] Ville : _____

**Si Société Civile Immobilière : Parts de la personne à assurer dans la SCI : [][][] % (joindre justificatif)

Etablissement financier

Dénomination : _____ N°et Rue : _____

Code Postal : [][][][][] Ville : _____

Garanties souhaitées

Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Incapacité Temporaire Totale de Travail – Invalidité Permanente Totale

Le montant de la prestation Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente et Totale est plafonné à 16 000 € par mois pour l'ensemble des prêts assurés pour un même emprunteur dans le cadre de ce contrat.

Caractéristiques des prêts

Type d'opération : Acquisition de la résidence principale Autre immobilier Immobilier Professionnel

Prêt	Montant initial (€)	Type de Prêt*	Quotité (%) Assuré(e) 1	Quotité (%) Assuré(e) 2	Durée totale du prêt (en mois)	Durée du différé (en mois)	Taux d'intérêt (%)	Type de taux (Fixe ou Variable*)
1								<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V
2								
3								

Type de Fractionnement * : Annuel Semestriel Trimestriel mensuel

Type de prêt * A : Amortissable R : Relais INF : In Fine

*Si taux variable, joindre impérativement le tableau d'amortissement

Date prévue de Déblocage des fonds :

Classe de Tarification (sous réserve d'acceptation médicale)

*Super préférentiel Préférentiel Tarif de base * Uniquement pour les capitaux > à 250 000 €

(Joindre à la demande d'adhésion le devis de tarification dûment complété, daté et signé).

Paiement des cotisations (prélèvement automatique obligatoire. Remplir l'autorisation de prélèvement et joindre un RIB)

Périodicité du paiement : Annuelle Semestrielle Trimestrielle Mensuelle

Frais de prélèvement : 1 € *Cotisation AGIS : 7 € *Frais adhésion : 12 € *Prélevés en une seule fois au 1^{er} prélèvement

* sauf pour le prélèvement annuel

