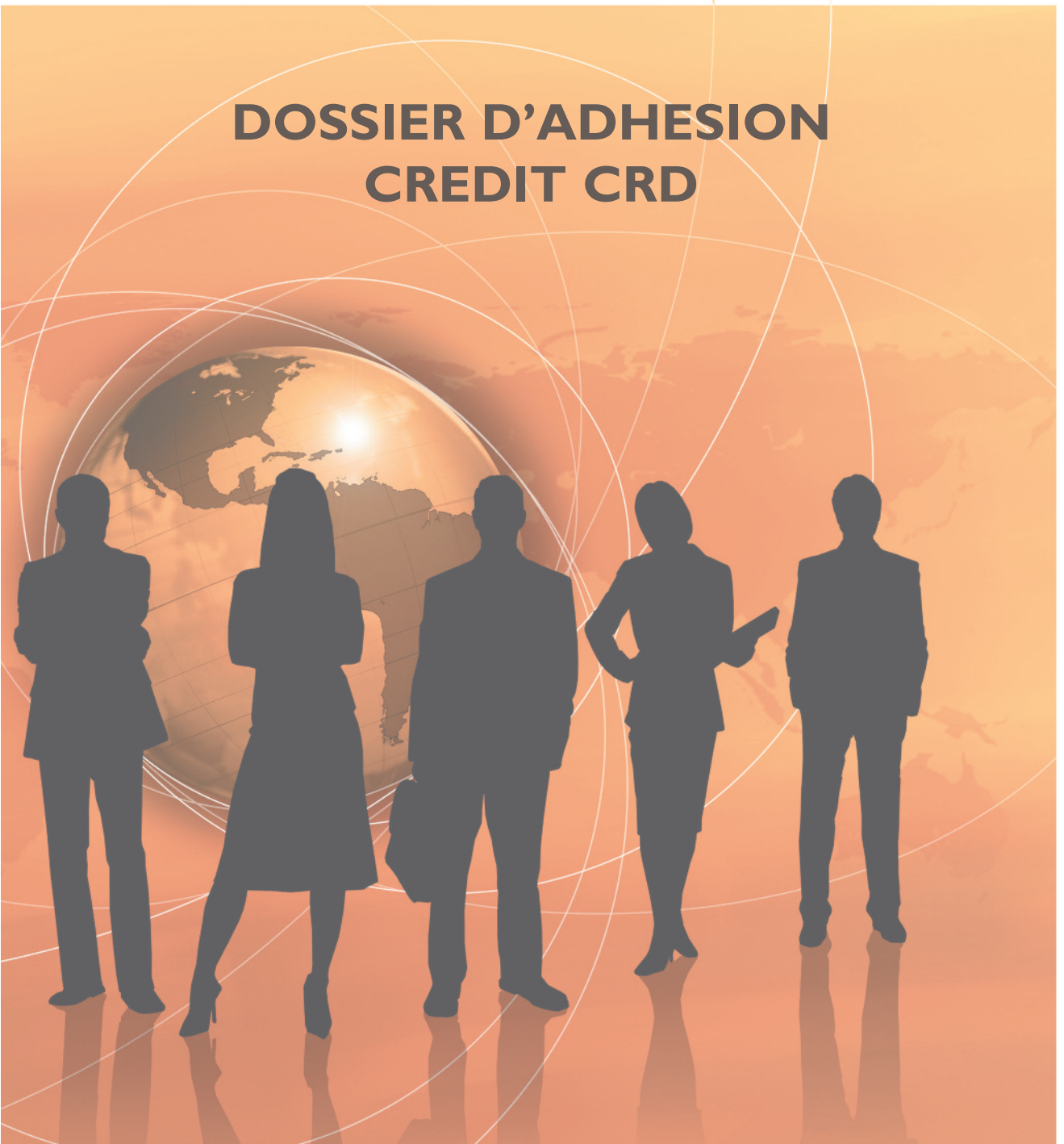




SPHERIA

Vie
La vie assurée

DOSSIER D'ADHESION CREDIT CRD



CREDIT CRD

Demande d'adhésion
 Demande d'avenant à l'adhésion n°: _____
 Code T : _____

Intermédiaire :
MAGNOLIA WEB ASSURANCES
 108 Avenue de Bretagne
 Immeuble le Rollon Bt B
 76100 ROUEN

ASSURE 1 Co-emprunteur Caution

Qualité : Mlle Madame Monsieur

Nom : _____
 Nom de Jeune Fille : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de Naissance : _____
 Profession réellement exercée : _____
 Adresse Actuelle (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Adresse Acquisition (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 E-mail personnel : _____
 Téléphone : _____
 Date de déménagement :/...../.....

Nbre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) :
 -15 000 km/an +15 000 km/an

Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON

Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ?
 OUI NON

Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater la déclaration spéciale non-fumeur ci-dessous

DÉCLARATION "NON-FUMEUR" - Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical.

Date : _____ signature de l'assuré 1 : _____

ASSURE 2 Co-emprunteur Caution

Qualité : Mlle Madame Monsieur

Nom : _____
 Nom de Jeune Fille : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de Naissance : _____
 Profession réellement exercée : _____
 E-mail personnel : _____

Nbre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) :
 -15 000 km/an +15 000 km/an

Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON

Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ?
 OUI NON

Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater la déclaration spéciale non-fumeur ci-dessous

DÉCLARATION "NON-FUMEUR" - Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical.

Date : _____ signature de l'assuré 2 : _____

ADHERENT (si différent du 1^{er} ou du 2^{ème} assuré)

Dénomination sociale de l'entreprise / Nom-Prénom : _____ N° Siren : _____
 Date de naissance (si personne physique) :/...../..... Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Nom du correspondant dans l'entreprise : _____
 Téléphone : _____ E-mail : _____

CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S)

Montant initial du prêt (en €)	Nature du Prêt	Taux (H.A) (1)	Type de taux	Durée (en mois) (2)	Différé (en mois)	Prêt par paliers O/ N	Quotité à assurer (maxi 100% par assuré)		Option de garantie choisie (3)	Date d'effet souhaitée (4)
							Assuré 1	Assuré 2		
①	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V							
②	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V							
③	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V							
④	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V							

(1) Hors Assurance - (2) Hors Différé d'Amortissement - (3) **OPTION A** : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) **OPTION B** : Décès - PTIA - Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T) et Invalidité Permanente Totale (>66%) **OPTION C** : Décès - PTIA - Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T) et Invalidité Permanente Totale et Partielle (>33%) - (4) Date d'effet souhaitée = date d'acceptation de l'offre de prêt par l'Assuré

Fait à :
 Le/...../.....

Date et signature
de l'assuré 1

Date et signature
de l'assuré 2

Date et signature
de l'adhérent (si différent
de l'assuré 1 et de l'assuré 2)

