

Contrat d'assurance sur la vie

PROPOSITION D'ASSURANCE

Code : | | | | | | | | Sous-code : | | | | | | | | Code stat : _____ Réf. Interne : | 0 | 3 | 2 | 0 | N° offre _____

PERSONNE À ASSURER

La personne à assurer possède la qualité : Emprunteur/coemprunteur Locataire/colocataire Caution Associé Dirigeant

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Né(e) le : | | | | | | | | À : _____ Dép. ou pays : _____ Nationalité : _____

Pièce d'identité présentée : **(Joindre une copie de la pièce)** Carte nationale d'identité Passeport Titre de séjour / Carte de résident

Adresse actuelle : _____ Adresse future : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Email : _____ A compter du : | | | | | | | |

Téléphone : | | | | | | | |

Possédez-vous des contrats chez AFI ESCA ? Oui Non

Si cette nouvelle souscription vient en remplacement de l'un (ou plusieurs) de ces contrats, indiquez le(s) n° de contrats :

SOUSCRIPTEUR (SI DIFFÉRENT DE LA PERSONNE À ASSURER)

Si le Souscripteur est une personne physique :

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Né(e) le : | | | | | | | | À : _____ Dép. ou pays : _____ Nationalité : _____

Pièce d'identité présentée : **(Joindre une copie de la pièce)** Carte nationale d'identité Passeport Titre de séjour / Carte de résident

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Email : _____ Téléphone : | | | | | | | |

Si le Souscripteur est une personne morale :

Raison sociale : _____ Statut juridique : _____ N° SIRET : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Nom du représentant légal de la Société : _____

Email : _____ Téléphone : | | | | | | | |

Joindre un extrait Kbis de moins de 3 mois du Souscripteur de la Proposition d'assurance.

Nom(s), prénom(s) et date(s) de naissance du(des) bénéficiaire(s) effectif(s) de la société : _____

(tel(s) que déclaré(s) au greffe; dans le cas de plusieurs bénéficiaires effectifs déclarés, merci de développer sur papier libre daté et signé, conformément au champ ci-dessus).

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PRÊT(S)

Objet du (des) prêt(s) :

Prêt immobilier : Résidence principale Résidence secondaire Investissement locatif Autres achats immobiliers

Autres : Prêt professionnel (locaux, matériel) Prêt à la consommation

Le prêt objet de l'assurance est-il déjà assuré ? Oui Non Si Oui, à hauteur de quelle quotité ? ____ %

Le prêt objet de l'assurance entre-t-il dans le cadre d'une demande de substitution d'assurance (loi Hamon) ? Oui Non

Prêt n°	Montant du prêt	Quotité à garantir (en %)	Durée totale du prêt (différé inclus, en mois)	Différé d'amortissement (en mois) (*)	Taux d'intérêt	Type de taux		Type de Prêt				
						Fixe	Variable	Amortissable	In fine (*)	Par paliers	Relais	Autres
1	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre :
2	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre :
3	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre :
4	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre :

(*) En cas de prêt in fine ou de prêt amortissable avec différé, y a-t-il remboursement des intérêts pendant la période de différé : Oui Non
Si Non, veuillez préciser le montant à garantir (capital + intérêts de la période de différé) : _____ €

www.afi-esca.com

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517.

Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. **Merci d'adresser toute correspondance à : AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.**

GARANTIES ET OPTIONS SOUHAITÉES **

Garanties	Option Extension - Poursuite d'Activité	Franchise I.T.T.	Perte d'Emploi	I.P.P. 100%
<input type="checkbox"/> a) Décès P.T.I.A.				
<input type="checkbox"/> b) Décès P.T.I.A. + I.P.T.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> c) Décès P.T.I.A. + I.P.				
<input type="checkbox"/> d) Décès P.T.I.A. + I.P. + I.P.T.				
<input type="checkbox"/> e) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T.		<input type="checkbox"/> 30 jours (TNS) <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 180 jours	<input type="checkbox"/> Oui*** <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> f) Décès P.T.I.A. + I.P. + I.P.T. + I.T.T.				
<input type="checkbox"/> g) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T. + I.P.P.				
<input type="checkbox"/> h) Décès P.T.I.A. + I.P. + I.P.T. + I.T.T. + I.P.P.				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date d'effet souhaitée :

Date de prélèvement souhaitée : Le 6 du mois Le 20 du mois

Déblocage des fonds prévu à cette date : Oui Non

(**) Seules sont accordées à l'Assuré les garanties, options et franchise I.T.T. mentionnées aux Conditions particulières (***) Si Oui : Salarié Dirigeant d'entreprise

ORGANISME PRÊTEUR

Organisme prêteur : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : Email : _____

Nom du correspondant : _____

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

- Organisme prêteur
 Autre(s) bénéficiaire(s) à préciser : _____

Le bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès est :

- si l'Organisme prêteur est désigné*** bénéficiaire en cas de décès, le bénéficiaire est également l'Organisme prêteur ;
 - si l'Organisme prêteur n'est pas désigné*** bénéficiaire en cas de décès et si le contrat est souscrit par une personne physique, le bénéficiaire est l'Assuré ;
 - si l'Organisme prêteur n'est pas désigné*** bénéficiaire en cas de décès et si le contrat est souscrit par une personne morale, le bénéficiaire est le Souscripteur.
- *** directement ou indirectement (cession en garantie, convention séquestre, ...)

PRIME (MINIMUM 10 € PAR ÉCHÉANCE)

Variable Constante

Frais de dossier : _____ €

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle Unique

Montant de la première prime : _____ €

TARIFICATIONS SPÉCIFIQUES

NON FUMEURS	COCHER LA CASE «Oui» OU «Non»
Certifiez-vous sur l'honneur : • ne pas fumer plus de 5 cigarettes par semaine ou, pour la cigarette électronique, plus d'une dose de nicotine (3 mg/flacon de 10 ml) par mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
VLR	COCHER LA CASE «Oui» OU «Non»
Certifiez-vous sur l'honneur : • être salarié cadre ou non cadre, chef d'entreprise, micro-entrepreneur, travailleur non salarié ou profession libérale, toujours en activité ou retraité(e) et • ne pas exercer d'activité professionnelle nécessitant un travail manuel (avec un travail physique ou des mouvements répétitifs ou l'utilisation d'outils motorisés ou de manutention ou d'engins de construction ou agricoles) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (La case «Oui» ne peut être cochée que si les 2 conditions sont remplies).

ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S)

Profession(s) actuelle(s) : _____

Statut professionnel : Salarié cadre ou non cadre, Chef d'entreprise, Micro-entrepreneur, Travailleur non salarié ou Profession libérale

Conjoint collaborateur, Intérimaire

Intermittent, Saisonnier, Demandeur d'emploi ou Sans profession

Retraité anciennement salarié cadre ou non cadre, chef d'entreprise, micro-entrepreneur, travailleur non salarié ou profession libérale

Retraité autre

Secteur d'activité : _____

Descriptif exact de l'activité : _____

N.B. : voir les questionnaires professionnels disponibles auprès de votre courtier.

Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel (avec un travail physique ou des mouvements répétitifs ou l'utilisation d'outils motorisés ou de manutention ou d'engins de construction ou agricoles) ? Oui Non

SÉJOURS

Êtes-vous amené à voyager à titre professionnel ou dans un but humanitaire en dehors des pays de l'Union Européenne, du Royaume-Uni, de la Suisse, des États-Unis, du Japon, du Canada, de la Norvège, de l'Islande, de l'Australie et de la Nouvelle Zélande ? Oui Non

Si Oui, souhaitez-vous être couvert pour ces séjours professionnels ou humanitaires à l'étranger ? Oui Non

Si Oui, remplir le questionnaire "Risque de séjour à l'étranger" disponible auprès de votre courtier.

Assurance des emprunteurs

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AFI ESCA Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation.

Entreprise régie par le Code des assurances français.

S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S Strasbourg 548 502 517.

AFI ESCA IARD : Compagnie d'assurance IARD - Entreprise régie par le Code

des assurances. S.A. au capital de 5 000 010 euros. R.C.S. Lille 380 138 644.

Produit : ASSURANCE EMPRUNTEUR

AFI • ESCA



AFI • ESCA
IARD



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ? La couverture d'un ou plusieurs prêts.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garanties proposées :

- ✓ Décès : L'Assureur intervient en remboursement du capital restant dû du prêt, dans la limite de la quotité assurée.

Perte totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

L'Assureur intervient en remboursement du capital restant dû du prêt, dans la limite de la quotité assurée.

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) :

L'Assureur intervient en remboursement du capital restant dû du prêt, dans la limite de la quotité assurée.

Invalidité Professionnelle (I.P.) :

L'Assureur intervient en remboursement du capital restant dû du prêt, dans la limite de la quotité assurée.

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) :

L'Assureur intervient en remboursement des échéances de prêt, à hauteur de 50 % de la quotité assurée.

Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) :

L'Assureur intervient en remboursement des échéances de prêt, dans la limite de la quotité assurée.

Garantie Perte d'emploi *

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

* Garantie proposée par AFI ESCA IARD

Options :

IPP 100 % : L'Assureur intervient en remboursement des échéances de prêt, dans la limite de la quotité assurée.
Extension poursuite d'activité

Plafonds (tous prêts confondus) :

I.P.T. : Plafond 10 000 000 € pour les personnes de -76 ans à la souscription, 1 000 000 € au-delà.

I.P. : Plafond 2 500 000 € à la souscription comprenant l'ensemble des capitaux assurés, pour le même Assuré.

I.T.T. : Si le montant total des capitaux assurés dépasse 2 500 000 €, les prestations dues au titre de l'I.T.T. sont réduites au prorata du dépassement.

I.P.P. : Si le montant total des capitaux assurés dépasse 2 500 000 €, les prestations dues au titre de l'I.P.P. sont réduites au prorata du dépassement.

Garantie Perte d'emploi : Si le montant des capitaux assurés dépasse 150 000 €, les prestations dues au titre de la Garantie Perte d'emploi sont réduites au prorata du dépassement.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Toute personne n'exerçant pas d'activité rémunérée à la souscription ne peut être assurée en I.T.T. et en I.P.P.
- ✗ Toute personne n'exerçant pas une profession libérale médicale, paramédicale ou vétérinaire ne peut être assurée en I.P.
- ✗ Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée aux Conditions particulières (sauf application de la « Couverture accidentelle immédiate »).
- ✗ Tout sinistre survenu plus de 12 mois après la prise d'effet des garanties, si aucun déblocage de fonds n'est intervenu à la date du sinistre.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Exclusions communes à toutes les garanties :

- ⓘ Accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors qu'il conduisait sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé par les textes français régissant la circulation automobile, ou sous l'empire de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.

- ⓘ Usage de stupéfiants ou de drogues.

Pour les garanties I.P.T., I.P., I.P.P. et I.T.T. :

- ⓘ Conséquences d'une tentative de suicide.

Pour les garanties I.T.T. et I.P.P. :

- ⓘ Exclusions des cures thermales ou de désintoxication, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique.

Restriction de garanties :

Franchise de 30/90/180 jours en I.T.T.

Pour plus d'informations : voir la Note d'information



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties sont acquises dans le monde entier, dans les limites fixées dans les Conditions générales du contrat.



Quelles sont mes obligations ?

Avant la prise d'effet du contrat :

- Compléter avec exactitude les documents médicaux demandés par l'Assureur.
- Transmettre à l'Assureur le tableau d'amortissement du prêt.

En cours de contrat :

- Payer les primes.
- Déclarer à l'Assureur toute modification relative au contrat le liant à l'Organisme prêteur.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les paiements peuvent s'effectuer par année, par semestre, par trimestre ou au mois, selon l'option choisie par l'Assuré. Le montant, ainsi que la date à laquelle ces paiements doivent être effectués sont indiqués aux Conditions particulières. Les paiements peuvent être réalisés par prélèvement automatique ou par chèque adressé à l'ordre d'AFI ESCA.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date d'effet indiquée aux Conditions particulières.

La couverture cesse :

- au jour du terme du contrat
- au jour du terme du prêt ou de son remboursement anticipé total
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite personne morale,
- à la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prononcée par le prêteur,
- au delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - pour la garantie Décès, au 90^{ème} anniversaire de l'Assuré
 - pour la garantie P.T.I.A, au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré
- en cas de cessation du paiement des primes
- le jour où le contrat est résilié
- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle
- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès, P.T.I.A., I.P. ou I.P.T.



Comment puis-je résilier le contrat ?

En envoyant une lettre recommandée accompagnée de la copie recto-verso d'une pièce d'identité demandant la résiliation du contrat. L'accord préalable de l'Organisme prêteur sera nécessaire s'il est Bénéficiaire du contrat.