



## Demande d'Adhésion



EMPRUNTEURS V6



Cachet du courtier

Magnolia Web assurances  
14 rue Pierre Gilles de  
Genes  
CS 40412  
76137 Mont Saint Aignan

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

N° de proposition Internet  Code Courtier 

## Adhérent

Société ou  Particulier Dénomination sociale ou Nom, Prénom

Siège social ou adresse

Code postal  Ville  Pays

demande à adhérer à l'association et au(x) contrat(s) groupe souscrit(s) par elle pour les garanties ci-après.

## PARÉO-V6

## Assuré 1

## Assuré 2

 M.  Mme  Mlle M.  Mme  Mlle

Nom .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de naissance .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance .....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Commune de naissance .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal de naissance .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays de naissance .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse actuelle .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pour les personnes résidant à l'étranger, possédez-vous une résidence en France ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Téléphone .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email* .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Secteur d'activité .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Classe professionnelle .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Êtes-vous fumeur ? (y compris cigarettes électroniques) .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Séjournes ou résidez-vous plus de 120 jours par an à l'étranger (hors UE et Suisse) ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Assuré 1	Assuré 2
Pratiquez-vous un des sports suivants (hors baptêmes et initiations) ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sports relevant du Conseil National des Fédérations Aéronautiques et Sportives - Sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur - Sports de montagne à plus de 3 000 mètres, sports de glisse en montagne, de glace ou de neige (hors pratique sans compétition sur piste balisée et ouverte au public), l'Escalade (hors mur artificiel) et Sports relevant de la Fédération Française de Saut à l'Elastique - Course à pied d'une distance supérieure à 42,195 km, rallyes-raids, courses de survie, activités sportives et zone désertique, triathlon, décathlon.		
Souhaitez-vous être assuré(e) ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom (adhérent)  Prénom  N° proposition Internet

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5
Objet du prêt .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de prêt .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de taux .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux .....	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Durée* .....	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
Dont différé amortissement .....	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
Montant .....	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Date début assurance** .....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Périodicité .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Devise .....	<input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> CHF
Montant échéance .....	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Échéance progressive .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\*Si votre prêt comporte un différé d'amortissement : durée du différé + durée de l'amortissement. \*\*Correspondant à la date d'acceptation de l'offre de prêt ou à la date de résiliation.

### SI OUI, DÉTAIL DE VOS ÉCHÉANCES PROGRESSIVES (uniquement si votre prêt prévoit cette possibilité)

Montant échéance	Prêt 1	Prêt 2	Durée	Prêt 1	Prêt 2
1 <sup>ère</sup> période .....	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	1 <sup>ère</sup> période .....	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
2 <sup>e</sup> période .....	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	2 <sup>e</sup> période .....	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois
3 <sup>e</sup> période .....	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	3 <sup>e</sup> période .....	<input type="text"/> mois	<input type="text"/> mois

### Contrat groupe n° 0027860 souscrit par l'association auprès de QUATREM

	Garanties prêt 1	Garanties prêt 2	Garanties prêt 3	Garanties prêt 4	Garanties prêt 5
<b>Assuré 1</b>					
<b>Décès/PTIA</b>	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Quotité Décès/PTIA ① ②	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<b>Incapacité/Invalidité</b>					
Incapacité .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Franchise incapacité (en jrs)	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180
Invalidité Totale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité Partielle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quotité Incapacité/Invalidité ②	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Option Privilège .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option Privilège Plus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option Invalidité profession médicale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Assuré 2</b>					
<b>Décès/PTIA</b>	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
Quotité Décès/PTIA ① ②	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
<b>Incapacité/Invalidité</b>					
Incapacité .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Franchise incapacité (en jrs)	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 180
Invalidité Totale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité Partielle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quotité Incapacité/Invalidité ②	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Option Privilège .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option Privilège Plus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option Invalidité profession médicale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

① **PTIA** : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

② **Quotité** : % du capital emprunté ou de l'échéance à assurer. Pour chaque prêt, la quotité assurée ne peut dépasser 100 % par assuré.

Nom (adhérent)  Prénom  N° proposition Internet

PROTECTION CHÔMAGE						Contrat groupe n° 695001 souscrit par l'association auprès de la MNCAP-AC					
	Prêt 1		Prêt 2		Prêt 3		Prêt 4		Prêt 5		
<b>Assuré 1</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Période d'indemnisation (a)	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	
Forfait mensuel garanti (b)	<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		
Cotisation mensuelle (c)	<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		
<b>Assuré 2</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Période d'indemnisation (a)	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	<input type="checkbox"/> 12 mois	<input type="checkbox"/> 24 mois	
Forfait mensuel garanti (b)	<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		
Cotisation mensuelle (c)	<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		<input type="text"/> €		

(a) Durée identique sur tous les prêts.

(b) Montant minimum de 100 €, puis par tranche de 10 €, dans la limite de 100 % des mensualités du ou des prêt(s) garanti(s), et de 2 500 € pour l'ensemble du dossier de financement.

(c) 2 € de droit d'entrée à la MNCAP-AC sont inclus dans la cotisation Protection Chômage.

## Organisme(s) prêteur(s)

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 5
Nom .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# Le paiement de votre garantie



Nom (adhérent)  Prénom  N° proposition Internet

## RÈGLEMENT

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique.

Mois  Trimestre  Semestre  Année

## COTISATIONS D'ASSOCIATION

Cotisation d'association : 1 € par mois.

Droit d'entrée : 11 € (perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre de l'association).

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA À COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT

Joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Votre avis d'échéance, indiquant les montants et dates de prélèvement, vous sera adressé a minima 5 jours avant le premier prélèvement. Vos cotisations seront prélevées sans frais.

N° IDENTIFIANT  
CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR75ZZZ234176

### COMPTE A DÉBITER

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

### DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

**Alptis Assurances**  
**25, cours Albert Thomas**  
**69003 Lyon**

### DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom

Prénom

Adresse

Code postal  Ville

Paiement récurrent

DATE

SIGNATURE



En signant ce formulaire de mandat, j'autorise Alptis Assurances à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'Alptis Assurances. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Les données communiquées dans le cadre de cette demande d'adhésion sont destinées à Alptis Assurances qui agit en sa qualité de délégataire au nom et pour le compte de l'assureur responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance.

**En signant ce document, je consens expressément à ce que les données me concernant fassent l'objet d'un traitement par les services de l'assureur, de son délégataire et de son réassureur, ayant pour finalité d'enregistrer et traiter ma demande d'adhésion au contrat d'assurance ainsi que la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance.** Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, et autres obligations légales. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression des données vous concernant, et pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer à leur traitement. Toute demande doit être adressée à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03 ou [contact-cnil@alptis.fr](mailto:contact-cnil@alptis.fr). Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du "Médecin conseil" et transmises par courrier ou selon la procédure de confidentialité.

## DÉCLARATION SPÉCIALE NON FUMEUR

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, de cigarettes électroniques, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir l'assureur en cas de modification du statut de non fumeur tel que défini dans cette déclaration spéciale non fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à , le  /  /

Signature de l'Assuré 1  
précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Signature de l'Assuré 2  
précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Je déclare sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. Je devrai déclarer sans délai toute modification sous peine de déchéance. Je déclare sur l'honneur ne pas exercer une profession exclue telle que définie dans la notice d'information contractuelle Pareo-V6.4. Je certifie ne pas être fonctionnaire en cas de souscription de la franchise 30 jours. Je m'engage à payer les cotisations.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-après, de la notice d'information contractuelle Pareo-V6.4, et le cas échéant de la notice d'information contractuelle Protection chômage.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris les dispositions de la convention AERAS et notamment les modalités de l'application du Droit à l'Oubli. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 30 jours, selon les modalités prévues dans les notices d'information contractuelles.

Fait à , le  /  /

Signature de l'Adhérent  
(si différent des Assurés) précédée de  
la mention manuscrite "lu et approuvé"



Signature de l'Assuré 1  
précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Signature de l'Assuré 2  
précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"



Nom (adhérent)  Prénom  N° proposition Internet

*Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.*

### **Avez-vous complété, daté, signé ?**

- La Demande d'Adhésion.
- Le mandat de prélèvement SEPA.
- Le Questionnaire Simplifié et/ou les questionnaires demandés.

### **Avez-vous joint à votre demande ?**

- 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB).
- La photocopie d'une pièce d'identité.
- Les tableaux d'amortissement des prêts assurés (convertis en € pour les prêts en francs suisses).

## Où renvoyer votre demande d'adhésion ?

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

**Alptis Assurances**  
**Centre de traitement PAREO-V6 Emprunteurs**  
**25, cours Albert Thomas - 69445 Lyon cedex 03**

Vous devez adresser les pièces médicales sous pli confidentiel à :

**Alptis Assurances**  
**Médecin Conseil**  
**25, cours Albert Thomas - 69445 Lyon cedex 03**