

LA GARANTIE EMPRUNTEUR

EN CAPITAL RESTANT DÛ (PRETS AMORTISSABLES ET IN FINE)

Cachet Intermédiaire



Demande d'adhésion

Demande d'avenant à l'adhésion N°

Code T

1

1^{ER} ASSURÉ

Emprunteur Caution

M Mme

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :

Vos coordonnées

Adresse actuelle :
Code Postal : Ville :
Tél portable : Tél domicile :
e-mail :

Adresse future :

Code Postal : Ville :

Date prévue de déménagement :

Statut : Salarié cadre Profession libérale Artisan/commerçant
 Salarié non-cadre Gérant majoritaire Retraité
 Agent de maîtrise Sans profession

Profession réellement exercée :

Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) :
 - 20 000 km/an + 20 000 km/an

Exercez-vous une activité de travaux manuels réguliers ou de manutention dans votre travail ?
 OUI NON

Exercez-vous une activité professionnelle 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 de cigarette, cigare, pipe ou cigarette électronique 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 du premier assuré :

2^{ÈME} ASSURÉ

Emprunteur Caution

M Mme

Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :

Vos coordonnées

Adresse actuelle :
Code Postal : Ville :
Tél portable : Tél domicile :
e-mail :

Adresse future :

Code Postal : Ville :

Date prévue de déménagement :

Statut : Salarié cadre Profession libérale Artisan/commerçant
 Salarié non-cadre Gérant majoritaire Retraité
 Agent de maîtrise Sans profession

Profession réellement exercée :

Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) :
 - 20 000 km/an + 20 000 km/an

Exercez-vous une activité de travaux manuels réguliers ou de manutention dans votre travail ?
 OUI NON

Exercez-vous une activité professionnelle 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 de cigarette, cigare, pipe ou cigarette électronique 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 du deuxième assuré :

ADHERENT

(si différent de l'assuré(e) 1 ou de l'assuré(e) 2)

Dénomination sociale de l'entreprise / Nom-Prénom : N° Siren :

Date de naissance (si personne physique) : Nom du correspondant de l'entreprise :

Adresse : E-mail :

Code Postal : Ville : Téléphone :

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 (3)	Quotité à assurer (entre 10 et 100% par assuré)		Date acceptation offre de prêt
							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) Joindre le détail des prêts paliers • Date d'effet d'adhésion = au plus tôt, date d'acceptation de l'offre de prêt par l'assuré.

BÉNÉFICIAIRES

• Après la date d'acceptation du risque par l'assureur, le bénéficiaire acceptant pour chaque prêt est l'organisme prêteur dont les coordonnées figurent ci-dessous :

Raison sociale :

Adresse : Code Postal :

Ville : Téléphone :

E-mail :

Si la délégation doit être envoyée à une autre adresse, merci de la préciser :

Adresse : Code Postal :

Ville : Téléphone :

E-mail :

• Entre la date de signature de la présente demande d'adhésion et la date d'acceptation ou de refus du risque par l'assureur, le bénéficiaire est celui indiqué à l'article 1 de la notice d'information sauf avis contraire de votre part.

GARANTIES

- Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- Décès - PTIA - Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T) et Invalidité Permanente Totale (> 66%)
- Décès - PTIA - I.T.T - I.P.T et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)
- Franchise I.T.T choisie : 30, 60, 90, 120 ou 180 jours
- Garanties optionnelles : Exonération
- Garantie Dos
- Garantie Psy

Assuré 1 Assuré 2

.....

Si vous choisissez les garanties optionnelles Dos et /ou Psy, complétez et signez la dernière partie des formalités médicales « Garanties optionnelles ».

Les garanties définies ci-dessus pour chaque assuré s'appliquent à l'ensemble des prêts.

Pour les résidents des DROM, la franchise Incapacité Temporaire Totale de travail est portée à 120 jours minimum.

COTISATIONS

Primes périodiques

• Total des cotisations TTC de 1^{ère} année du 1^{er} assuré : €

• Total des cotisations TTC de 1^{ère} année du 2^{ème} assuré : €

Périodicité (pour l'ensemble des assurés 1 et 2)	Mode de paiement (pour l'ensemble des assurés 1 et 2)
<input type="checkbox"/> Mensuelle* <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle * prélèvement obligatoire	<input checked="" type="checkbox"/> Prélèvement automatique (minimum 10 €)
Droits d'adhésion à l'AMEP : 10 euros par assuré prélevés uniquement la première année.	Compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA. Joindre un RIB/IBAN

ADHÉSION

Je soussigné(e) demande à adhérer à l'Association des Mutualistes pour l'Épargne et la Prévoyance (AMEP), au contrat « LA GARANTIE EMPRUNTEUR en capital restant dû » souscrit par l'AMEP auprès de SPHERIA VIE. Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la notice d'information CGxx-0009-0026, le double de la présente demande d'adhésion et un modèle de lettre de renonciation. Je certifie sincères et exactes les indications portées à ce jour aux paragraphes ci-dessus ainsi qu'aux formalités médicales annexées à la présente demande. **Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.**

Les statuts de l'AMEP sont disponibles auprès du siège de l'assureur, ou du siège de l'AMEP ou sur le site www.association-amep.fr

Fait à, le :

Signature du 1^{er} assuré
précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ » :

Signature du 2^{ème} assuré
précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ » :

Signature de l'adhérent (si différent du 1^{er} assuré
ou du 2^{ème} assuré et cachet pour les entreprises)
précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ » :

ATTENTION, merci de remplir et signer les formalités médicales jointes à la présente demande d'adhésion avant de la retourner à l'assureur.

Exemplaire Assureur

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - LA GARANTIE EMPRUNTEUR EN CAPITAL RESTANT DÛ

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SPHERIA VIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter ce dernier conformément aux instructions de SPHERIA VIE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

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

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez remplir et signer ce mandat, accompagné d'un RIB/IBAN.

DÉBITEUR : NOM, Prénom, adresse et PAYS DE RÉSIDENCE

CRÉANCIER :

SPHERIA VIE
23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423
45004 ORLEANS Cedex 1
FRANCE

Numéro d'identification du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

BIC

Type de paiement : récurrent

Référence Unique du Mandat (à remplir par le créancier)

RUM

Fait à le :

SIGNATURE :

Les informations contenues dans le présent mandat, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - LA GARANTIE EMPRUNTEUR EN CAPITAL RESTANT DÛ

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SPHERIA VIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter ce dernier conformément aux instructions de SPHERIA VIE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

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

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez remplir et signer ce mandat, accompagné d'un RIB/IBAN.

DÉBITEUR : NOM, Prénom, adresse et PAYS DE RÉSIDENCE

CRÉANCIER :

SPHERIA VIE
23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423
45004 ORLEANS Cedex 1
FRANCE

Numéro d'identification du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

BIC

Type de paiement : récurrent

Référence Unique du Mandat (à remplir par le créancier)

RUM

Fait à le :

SIGNATURE :

Les informations contenues dans le présent mandat, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés.

Faculté de renonciation

Conformément aux dispositions des articles A.132-4-2 et L.132-5-2 du Code des assurances, l'adhérent(e) peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires à compter du moment où il est informé de cette adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : SPHERIA VIE – 23 boulevard Jean Jaurès - CS 51423 - 45004 ORLÉANS Cedex 1. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après :

Modèle de lettre de renonciation :

(A adresser à SPHERIA VIE par lettre recommandée avec accusé de réception)

Je soussigné(e) demeurant à déclare renoncer à mon adhésion « La Garantie Emprunteur en capital restant dû » n°..... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de ma demande.

Date : Signature :

Informatique et Libertés

Vous êtes informé(e) de la nécessité de répondre à l'ensemble des questions posées, vos réponses étant indispensables au traitement de votre adhésion ainsi qu'à la gestion de votre dossier. Seuls SPHERIA VIE, le cas échéant ses réassureurs, délégataires, ainsi que le souscripteur du présent contrat collectif pourront être destinataires de ces données. Vous pouvez demander, en application des dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, à exercer vos droits d'accès, d'opposition, de rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant, en faisant parvenir votre demande à l'adresse de notre siège social.