

## DEMANDE D'ADHÉSION

Adhésion présentée par :  
Signature et cachet du courtier / Code :

MAGNOLIA WEB ASSURANCES  
322 / STR :1000

Demande d'adhésion à l'association SEREP (Synergie Épargne Retraite Prévoyance), 19 rue Romain Desfossés, 29200 Brest et au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative Sérévi Emprunteur souscrit par cette association auprès de la société d'assurance Suravenir.

### ADHÉRENT(S)

#### ASSURÉ 1

Monsieur  Madame  
Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Département de naissance : \_\_\_\_  
Ville/Pays de naissance : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
Situation familiale/Régime matrimonial<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_  
Classe professionnelle<sup>(2)</sup> :  A  B  C  D  
Profession : \_\_\_\_\_  
Travail à l'étranger<sup>(3)</sup> :  Oui  Non Pays : \_\_\_\_\_  
Êtes-vous fumeur<sup>(4)</sup> ?  Oui  Non

#### Déclaration spéciale non fumeur

Je soussigné déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, 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.

Cette déclaration est faite sur l'honneur.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature

#### ASSURÉ 2

Monsieur  Madame  
Nom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Département de naissance : \_\_\_\_  
Ville/Pays de naissance : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
Situation familiale/Régime matrimonial<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_  
Classe professionnelle<sup>(2)</sup> :  A  B  C  D  
Profession : \_\_\_\_\_  
Travail à l'étranger<sup>(3)</sup> :  Oui  Non Pays : \_\_\_\_\_  
Êtes-vous fumeur<sup>(4)</sup> ?  Oui  Non

#### Déclaration spéciale non fumeur

Je soussigné déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, 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.

Cette déclaration est faite sur l'honneur.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature

#### ADRESSE ACTUELLE

Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

#### ADRESSE FUTURE

Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### ENTREPRISE CONTRACTANTE

Raison sociale / Forme juridique : \_\_\_\_\_  
Type d'activité : \_\_\_\_\_  
Date de création : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Code division et classe NAF : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
N° Siret : \_\_\_\_\_ Représentant légal : \_\_\_\_\_

### PRÊTS À GARANTIR

	Nominal emprunté	Périodicité échéances (M-T-S-A)	Durée de l'amortissement <sup>(5)</sup> (en mois)	Durée du différé <sup>(5)</sup> (en mois)	Type amortissement <sup>(6)</sup> (Prêt amortissable classique, prêt in fine, prêts à paliers avec écart < 20 %, prêt à paliers avec écart ≥ 20 % et ≤ 50 %, prêt à paliers avec écart > 50 %)	Taux <sup>(7)</sup> (Indiquer Cap et Floor si taux variable)	Objet du prêt <sup>(8)</sup> (Habitat classique, habitat primo accédant, habitat inv. locatif, professionnel, conso, restructuration)
Prêt 1							
Prêt 2							
Prêt 3							
Prêt 4							

Date de signature de l'offre de prêt : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de déblocage des fonds : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES : COORDONNÉES DE L'ORGANISME PRÊTEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Code établissement : \_\_\_\_\_ Code guichet : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## GARANTIES<sup>(9)</sup>

	Assuré 1				Assuré 2			
	Prêt n° 1	Prêt n° 2	Prêt n° 3	Prêt n° 4	Prêt n° 1	Prêt n° 2	Prêt n° 3	Prêt n° 4
<b>Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quotité assurée*								
<b>Incapacité Temporaire et Totale de travail et Invalidité Permanente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quotité assurée*								
Franchise (30 j, 60 j, 90 j, 120 j, 180 j)								
<b>Rachat d'exclusions<sup>(10)</sup></b>								
Pathologies discales et vertébrales : + 18 % sur le tarif ITT/IPP/IPT		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Pathologies d'origine psychique : + 7 % sur le tarif ITT/IPP/IPT		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Activités sportives, précisez								
<b>Assiette de cotisation<sup>(11)</sup></b>	<input type="checkbox"/> CRD âge évolutif	<input type="checkbox"/> CRD âge constant	<input type="checkbox"/> Nominal		<input type="checkbox"/> CRD âge évolutif	<input type="checkbox"/> CRD âge constant	<input type="checkbox"/> Nominal	
<b>Périodicité des cotisations**</b>	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Mensuelle
<b>Montant des capitaux décès déjà assurés</b>								

\*La quotité ne peut être supérieure à 100 % par assuré par Garantie - La quotité ITT ne peut être supérieure à la quotité Décès.

\*\*Frais de fractionnement : mensuel 3 % ; trimestriel 2 % ; semestriel 1,5 % - Frais de dossiers : 10 € par prêt par assuré plafonnés à 20 €.

## OPTION PRÉVOYANCE<sup>(12)</sup>

L'option prévoyance est réservée aux adhésions effectuées par une personne physique.

- En complément d'un contrat d'assurance emprunteur dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues assurées.
- Pour une quotité égale au maximum à la différence entre 100 % et la quotité assurée sur l'autre contrat d'assurance emprunteur.

### BÉNÉFICIAIRES

L'adhérent désigne comme bénéficiaire en cas de décès son co-emprunteur, à défaut son conjoint, non séparé de corps, ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité en vigueur à la date du décès, à défaut ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut ses autres héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, y compris les légataires universels.

## GARANTIES<sup>(9)</sup>

	ASSURÉ 1				ASSURÉ 2			
	Prêt n° 1	Prêt n° 2	Prêt n° 3	Prêt n° 4	Prêt n° 1	Prêt n° 2	Prêt n° 3	Prêt n° 4
<b>Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie<sup>(9)</sup></b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quotité assurée								
Quotité à assurer dans le cadre de l'option Prévoyance*								
<b>Assiette de cotisation<sup>(11)</sup></b>	<input type="checkbox"/> CRD âge évolutif	<input type="checkbox"/> CRD âge constant	<input type="checkbox"/> Nominal		<input type="checkbox"/> CRD âge évolutif	<input type="checkbox"/> CRD âge constant	<input type="checkbox"/> Nominal	
<b>Périodicité des cotisations**</b>	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Mensuelle
<b>Montant des capitaux décès déjà assurés</b>								

\*La somme des quotités déjà assurée et à assurer ne peut être supérieure à 100 % par prêt par assuré.

\*\*Frais de fractionnement : mensuel 3 % ; trimestriel 2 % ; semestriel 1,5 % - Frais de dossiers : 10 € par prêt par assuré plafonnés à 20 €.

## DÉCLARATIONS DU(DES) ADHÉRENT(S) / INFORMATIONS

J'autorise le prélèvement sur mon compte des sommes dont je serai redevable au titre des cotisations de mon adhésion au contrat Sérévi Emprunteur.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice (Réf. : 3325-8) et l'avoir acceptée et je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances qui indique : **"l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre"**.

Je suis informé que l'adhérent qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Pour ce faire, j'aviserai Suravenir par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest Cedex 9, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : **"Je soussigné(e) (nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat Sérévi Emprunteur que j'ai conclu le ..., Fait à ..., le ... Signature"**.

Les informations recueillies dans le présent acte, ainsi que toutes informations saisies à son occasion ou extraites d'informations déjà fournies sont obligatoires. À défaut, l'adhésion ne peut être réalisée ou les informations complètement traitées. Elles ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure à la société Suravenir ou (et) à ses mandataires, que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales ou réglementaires. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 6 août 2004. L'enregistrement de la présente demande est confirmé par un certificat d'adhésion.

Fait en trois exemplaires à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'**entreprise contractante**, précédée de la mention "Lu et approuvé"

Signature de l'**Assuré 1** précédée de la mention "Lu et approuvé"

Signature de l'**Assuré 2** précédée de la mention "Lu et approuvé"

# COMMENT REMPLIR VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION ?

## Renseignez et signez la demande d'adhésion.

<sup>(1)</sup> **Indiquez votre situation familiale** : marié(e) - pacsé(e) - union libre - célibataire - divorcé(e) - séparé(e) - veuf(ve).

Si vous êtes marié(e), veuillez préciser votre régime matrimonial : communauté réduite aux acquêts - séparation de biens - participation aux acquêts - communauté universelle - autre.

<sup>(2)</sup> **Indiquez votre classe professionnelle par référence aux définitions ci-dessous.**

Si vous ne parvenez pas à trouver votre classe d'appartenance, vous pouvez vous adresser à votre correspondant.

**Classe A** : salarié cadre, fonctionnaire de catégorie A, profession libérale, profession médicale et paramédicale, dirigeant d'entreprise.

**Classe B** : salarié non cadre, fonctionnaire de catégorie B et C, artisan, commerçant, retraité de la classe A.

**Classe C** : ouvrier, policier, gendarme, pompier, exploitant agricole, sans profession, chômeur, retraité des classes B et C.

**Classe D** : sportif professionnel, guide de montagne et haute montagne, moniteur de ski, spéléologue, journaliste (reportages dangereux), musicien, peintre (artiste), pilote de ligne, militaire autre que gendarme, CRS, détective, convoyeur de fonds, artificier, scaphandrier, pêcheur, matelot, docker, contremaître de mines, mineur de fond, carreleur avec travaux sur échafaudage, électricien haute tension, monteur (électricité haute tension), débardeur, grutier, démolisseur, égoutier, exploitant forestier, bûcheron, élagueur, cascadeur, métiers du cirque, forain (manège électrique et marchand).

<sup>(3)</sup> **Si vous devez voyager à titre professionnel**, hors Union européenne et AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse), Amérique du Nord, Japon, Afrique du Sud, Australie, Nouvelle Zélande, Hong Kong, Singapour, **cochez "Oui"**, précisez les pays de déplacements et joignez le questionnaire "Séjour professionnel à l'étranger" renseigné et signé.

<sup>(4)</sup> **Pour bénéficier de la tarification non fumeur**, vous devez satisfaire et signer la Déclaration Spéciale Non Fumeur. Au-delà de 250 000 € assurés, vous devez procéder à un test de cotinine urinaire en laboratoire.

<sup>(5)</sup> La durée d'amortissement et le différé d'amortissement, s'il y en a un, constituent **la durée totale du prêt**.

<sup>(6)</sup> Indiquez avec précision **le type d'amortissement du prêt** pour bénéficier de la tarification correspondante.

<sup>(7)</sup> **Taux** : indiquez le taux proposé par la banque. N'oubliez pas de préciser le Cap et le Floor s'il s'agit d'un taux variable : ces données sont utilisées pour le calcul du tarif.

<sup>(8)</sup> **Indiquez avec précision l'objet du prêt à assurer** pour bénéficier de la tarification correspondante.

<sup>(9)</sup> **Choisissez vos garanties par prêt assuré**, ainsi que la quotité assurée et le cas échéant la franchise.

- Garanties principales : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

- Garanties complémentaires : Incapacité Temporaire et Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Totale.

<sup>(10)</sup> **Vous pouvez demander le rachat de certaines exclusions.**

Le rachat de pathologies médicales est possible, moyennant une majoration forfaitaire et un doublement de la franchise choisie à l'adhésion, à condition que vous ne soyez pas ou n'ayez pas été atteint de ces pathologies.

Le rachat d'activités sportives est limité à trois sports à risque pour une même adhésion.

La demande de rachat fait l'objet d'une étude médicale avant acceptation.

<sup>(11)</sup> **L'assiette de cotisation d'assurance est laissée au choix de(s) l'assuré(s).**

La cotisation peut être assise :

- sur le capital restant dû et l'âge du client à chaque date anniversaire du contrat : **option "CRD âge évolutif"**.

- sur le capital restant dû et l'âge du client à l'adhésion : **option "CRD âge constant"**.

- sur le capital initialement assuré et l'âge du client à l'adhésion : **option "Nominal"**.

<sup>(12)</sup> **Option Prévoyance** : couverture réservée aux adhésions effectuées par une personne physique **en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur** dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues assurées. Quotité maximale égale à la différence entre 100 % et la quotité assurée sur l'autre contrat d'assurance emprunteur.

## Renseignez et signez le mandat de prélèvement.

**N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire sur lequel apparaissent les codes IBAN et BIC (ou SWIFT) et la copie d'une pièce d'identité.**

**Reportez-vous à la grille des formalités médicales, page 14 de la notice, pour déterminer les documents à renseigner et les éventuels examens médicaux à effectuer : n'oubliez pas de signer les documents à renseigner.**

**Pour plus de simplicité, et obtenir un seul rendez-vous pour l'ensemble des analyses et examens requis, nous vous invitons à appeler un centre du réseau ABCOS SANTÉ habilité par Suravenir.**

**Un seul numéro : le N° 0810 12 12 12.**

**[www.abcossante.com](http://www.abcossante.com)**

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

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 compléter les champs marqués \**

**Nom / Prénom(s)\* :** \_\_\_\_\_  
*Nom / Prénom(s) du débiteur*

**Adresse\* :** \_\_\_\_\_  
*Numéro et nom de la rue*

□□□□□□ □□□□□□  
*Code postal Ville*

\_\_\_\_\_  
*Pays*

**Coordonnées du compte\* :** □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□  
*Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)*

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

**Nom du créancier :** SURAVENIR

**Identifiant Créancier SEPA (I.C.S) :** FR37ZZZ263184

**Adresse :** 232 rue Général Paulet  
29802 Brest cedex 9  
France

**Type de paiement\* :**  Paiement récurrent / répétitif<sup>(1)</sup>  
 Paiement ponctuel<sup>(2)</sup>

**Signé à\* :** \_\_\_\_\_  
*Lieu*

**le\* :** □□/□□/□□□□  
*Date*

**Signature(s)\* :**  
*Veillez signer ici*

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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'opposition, 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 aux libertés.

(1) Versements programmés pour les contrats Vie et Cotisations périodiques pour les contrats Prévoyance et les contrats Emprunteurs.  
(2) Versement initial, versement exceptionnel pour les contrats Vie et Cotisation unique pour les contrats Prévoyance.