

1

Complétez, paraphez, datez et signez votre demande d'adhésion

Renseignez **toutes** les zones du document et ne remplissez qu'une **seule** demande d'adhésion par personne. N'oubliez pas de **parapher chaque page** des conditions générales de vente.

2

Complétez et signez l'autorisation de prélèvement et joignez un relevé d'identité bancaire (RIB)

3

Lisez attentivement la fiche conseil standardisée. Complétez le questionnaire de santé. Signez ces 2 documents.

Joignez les **copies de toutes les pièces médicales** (moins de 6 mois) en rapport avec les pathologies que vous déclarez.

4

Envoyez votre dossier complet à : **ASSUREA – Technopole du Moulin – Rond Point du Canet – 13590 MEYREUIL**

- Demande d'adhésion complétée, datée et signée
- Autorisation de prélèvement complétée et signée
- Relevé d'identité bancaire (RIB)
- Fiche conseil standardisée signée
- Décharge de responsabilité complétée et signée
- Formalités financières si le capital garanti est supérieur à 1 000 000 €

Documents médicaux

- Questionnaire médical signé
- Formalités médicales supplémentaires demandées en fonction du capital emprunté
- Documents médicaux en rapport avec les pathologies déclarées sur le questionnaire médical

Besoin d'informations ou de conseils ? N'hésitez pas à contacter l'un de nos conseillers au **04 42 66 79 20**.



- 1 Date d'effet**
La date d'effet correspond à la date de déblocage prévue des fonds ou à celle de la signature de l'acte de prêt. Si la date exacte n'est pas connue, vous pouvez indiquer celle du 1er jour du mois de déblocage prévu du prêt. Si la date d'effet change, contactez directement Assurea au 04 42 66 79 20
- 2 Déclaration non fumeur**
N'oubliez pas de remplir et de signer la déclaration non fumeur pour bénéficier du tarif non fumeur.
- 3 Déclaration perte d'emploi**
Remplissez cette déclaration uniquement si vous souscrivez à l'option Perte d'Emploi.
- 4 Signature de l'assuré**
N'oubliez pas de signer la demande d'adhésion, précédé de la mention "lu et approuvé".
- 5 Signature de l'adhérent**
Dans le cadre d'une SCI, SARL ou d'un prêt professionnel, l'adhérent (si différent de l'assuré) doit obligatoirement apposer le tampon de la société et sa signature précédée de la mention "lu et approuvé".
- 6 Autorisation de prélèvement**
Joignez impérativement un relevé d'identité bancaire (RIB) à l'autorisation de prélèvement signée.
- 7 Signature de l'assuré – Adhésion à l'ANP**
Précisez impérativement si vous êtes déjà client Assurea ou non, les frais de dossier étant réduits en cas de deuxième adhésion et la cotisation ANP n'étant demandée qu'à la première adhésion.
- 8 Questionnaire médical confidentiel**
Pour chaque réponse positive, remplissez les informations demandées et joignez une copie des pièces médicales correspondantes.
- 9 Poids et taille**
Merci de préciser impérativement votre poids et votre taille et si la différence entre votre poids et votre taille est supérieur ou non à 20.
- 10 Formalisation du devoir de conseil**
Cette fiche d'information contient le détail des conseils et de l'offre d'assurance de prêt que vous propose Assurea. Elle vous permet de mettre en lumière les différentes particularités de votre assurance de prêt. Ces informations sont obligatoires mais n'ont pas de valeur contractuelle.

DATE D'EFFET : / / Date de signature de l'acte de prêt (notarié ou sous seing privé)

Si vous n'avez pas encore connaissance de cette date, veuillez en informer SPB dès qu'elle est connue

DECLARATION NON FUMEUR (à signer impérativement pour bénéficier du tarif non-fumeur)

Je soussigné(e) M. _____ déclare ne pas avoir fumé même occasionnellement au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir cessé de fumer sur demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon adhésion au contrat.

A _____ le _____ Signature de l'Assuré : _____

Cette attestation Non Fumeur fait partie intégrante de mes déclarations de santé nécessaires à l'adhésion à l'assurance. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance (Art. L113-8 du Code des Assurances). En cas d'omission, la garantie peut être diminuée (Art. L113-9 du Code des Assurances).

DECLARATION PERTE D'EMPLOI (Uniquement si Option Perte d'Emploi)

Je soussigné(e) M. _____ atteste :

- exercer à titre principal une activité salariée sous contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois consécutifs chez un même employeur ouvrant droit aux allocations de base et de fin de droits, versées par le Pôle Emploi (ou assimilé),
- occuper de manière effective au jour de la demande d'adhésion cette activité professionnelle dans le cadre d'un emploi salarié à durée indéterminée, ne pas être en période d'essai, au chômage total ou partiel, en préavis de licenciement, de démission ou de mise en retraite ou préretraite.

L'adhésion à la présente garantie ne peut être réalisée postérieurement à la date d'effet de l'adhésion au contrat ASSURÉA CRÉDIT.

A _____ le _____ Signature de l'Assuré : _____

SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E) <i>précédée de la mention « lu et approuvé »</i>	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT(E) <i>(Si différent de la personne à assurer) précédée de la mention « lu et approuvé »</i>	CODE(S) CONSEILLER(S)
_____ Fait à : Le (jj/mm/aaaa) :	_____ Fait à : Le (jj/mm/aaaa) :	Tél fixe : Tél mobile : Email : Option T : <input type="checkbox"/> BASE <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2

AUTORISATION DE PRELEVEMENT (à dater et à signer) + RIB

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande auprès de ma banque. Je réglerai le différend directement avec SPB, Organisme Gestionnaire.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER NOM PRENOMS Adresse : Code postal : Ville :	N° NATIONAL D'EMETTEUR : 115 711 SPB- SERVICE ASSUREA 76095 LE HAVRE CEDEX NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER ETABLISSEMENT Adresse : Code postal : Ville :
COMPTE A DEBITER Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB □□□□ □□□□ □□□□□□□□ □□	A le Signature : _____

TRÈS IMPORTANT : Joindre à la présente autorisation de prélèvement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

FRAIS D'ADHESION

Vous n'êtes pas encore Adhèrent 46 euros (5 490 XPF)
(8 euros de droit d'entrée à l'ANP + 38 euros de frais de dossier)

Vous êtes déjà Adhèrent : 19 euros (2 267 XPF) (frais de dossier)
N° de dossier : _____

JE SOUSSIGNE(E) M (NOM) _____ (PRÉNOM) _____

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Les réponses au présent questionnaire doivent être obligatoirement écrites de la main de la personne à assurer.

Les documents peuvent être adossés sous pli confidentiel directement au Médecin Conseil de l'Assureur, l'article L113-2 du Code des Assurances fait référence au demandeur (personne à assurer) de répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment sur le présent questionnaire par lequel l'Assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge. Les questions ci-dessous sont destinées à vous aider à rassembler vos souvenirs et à déclarer ce que vous connaissez de votre état de santé. Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous êtes formellement invité à les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin du service médical de l'Assureur.

Procédure sécurisée : Si parmi les réponses données par le proposant au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont il souffre actuellement ou dont il a souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, il est formellement invité à transmettre le questionnaire médical (sous pli cacheté, par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin Conseil de l'Assureur.

LES ÉVENTUELS COMPLÈMENTS DEMANDÉS (QUESTIONS 2, 3 ET 4) sont nécessaires au traitement rapide de votre questionnaire.

QUESTIONS	RÉPONDE PAR OUI/OU NON	SI OUI, PRÉCISIONS DEMANDÉES (UTILISER SI NÉCESSAIRE UNE FEUILLE ANNEXE)
1 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des arrêts de travail de plus d'un mois (sauf congé légal de maternité) ?	<input type="checkbox"/>	Date d'arrêt : Durée : Motif : Traitement suivi :
2 - Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous une activité réduite ou modifiée pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels : A quelle(s) date(s) : Suites :
3 - Sauf pour maternité, appendicite, amygdalites, végétations, varicelle, dents de sagesse, hernie inguinale, hémorroïdes, calculs biliaires :	<input type="checkbox"/>	Lesquels : A quelle(s) date(s) : Suites :
4 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous été soigné en établissement hospitalier ?	<input type="checkbox"/>	Date des examens et résultats : (joindre les comptes rendus opératoires et/ou histologiques et/ou d'hospitalisation)
5 - Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	(joindre les comptes rendus)
6 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens complémentaires biologiques, radiologiques ou autres dont le résultat s'est révélé anormal ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels : Pour quelle affection : Depuis quelle date : (joindre une copie de l'ordonnance)
7 - Suivez-vous un traitement régulier ou faites-vous l'objet d'une surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	Si oui, pouvez-vous commettre ce fait ?
8 - La différence entre votre poids (en Kg) et votre taille (en cm) au dessus d'un mètre est-elle supérieure à 20 ?	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle date : Pour quel motif :
9 - Êtes-vous pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale ou par un régime équivalent ?	<input type="checkbox"/>	

FORMALISATION DU DEVOIR DE CONSEIL ASSUREA CRÉDIT
CE DOCUMENT N'A PAS DE VALEUR CONTRACTUELLE

VOTRE INTERLOCUTEUR

Nom ou dénomination sociale.....
Raison sociale :
Adresse professionnelle.....
Qualité : Courtier d'assurances
Tél :

VOTRE IDENTITE

Mme Mlle M.
NOM PRÉNOM
..... NOM de jeune fille
Né(e) le :/...../..... à :
Adresse de la résidence principale :