



DEMANDE INDIVIDUELLE D'ADHESION AU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT N°7255



souscrit par l'Association Nationale de Prévoyance (A.N.P) auprès de GENERALI VIE - SA au capital de 285 863 760 Euros
Entreprise régie par le Code des Assurances - R.C.S. Paris 602 062 481 - 11 boulevard Haussmann - 75009 PARIS et de GENERALI IARD
SA au capital de 59 493 775 Euros - Entreprise régie par le Code des Assurances - R.C.S. Paris 552 062 663 - 7 boulevard Haussmann - 75009 PARIS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER

ASSURE(E) : M. Mme Mlle Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Nom du conjoint : _____

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Nom de jeune fille _____ Profession _____

VOS COORDONNEES ACTUELLES :

N° et voie _____ Rue _____

Code Postal _____ Ville _____ Pays _____

N° de téléphone mobile _____ email _____

VOS FUTURES COORDONNEES (Date prévisionnelle de déménagement) : _____

N° et voie _____ Rue _____

Code Postal _____ Ville _____ Pays _____

EMPRUNTEUR SI DIFFERENT DE L'ASSURE : Nom/Raison sociale : _____

N° et voie _____ Rue _____

Code Postal _____ Ville _____ Pays _____

CARACTÉRISTIQUES DES PRÊTS À ASSURER

	Montant initial du prêt	Type de prêt (1)	Taux du prêt	Fréquence de remboursement du prêt (2)	Durée TOTALE du prêt (en mois)	DONT durée différée (en mois)	Date de 1 ^{ère} échéance	Coordonnées de l'organisme prêteur (nom et adresse complète)
Prêt 1	€ <input type="checkbox"/> XPF <input type="checkbox"/>		%					
Prêt 2	€ <input type="checkbox"/> XPF <input type="checkbox"/>		%					
Prêt 3	€ <input type="checkbox"/> XPF <input type="checkbox"/>		%					

(1) Type de prêts : **1** : Amortissable **2** : In fine **3** : Prêt Relais **4** : Crédit Bail **5** : Location avec option d'achat
6 : Prêt complémentaire consenti par un établissement public (en complément d'un prêt principal)

(2) Indiquer la fréquence du remboursement : **M** : mensuel **T** : trimestriel **S** : semestriel **A** : annuel

OBLIGATOIRE: **Tarif Capital Initial** **OU** **Tarif Capital Restant dû**

GARANTIES DEMANDÉES

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

Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	<input type="checkbox"/>	Franchise choisie		
Incapacité temporaire Totale (I.T.T.) et Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)	<input type="checkbox"/>	90 JOURS	180 JOURS	360 JOURS
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'emploi	<input type="checkbox"/>			
Quotité assurée	 %		

FRACTIONNEMENT DE LA COTISATION

COTISATION UNIQUE* COTISATIONS PERIODIQUES : Annuelle (payable d'avance) Mensuelle

* La cotisation peut être versée sous la forme d'une cotisation unique payable d'avance. Dans ce cas elle est égale à 75% du cumul des cotisations périodiques.
En cas de remboursement anticipé du prêt, 70% de la cotisation non échue, calculée au prorata du nombre de mois restant à courir sur la durée totale du prêt sera remboursée.

Je soussigné(e) :

Demande à adhérer au contrat d'Assurance collective ASSUREA PRÊT N° 7255

Reconnais avoir reçu un exemplaire de la présente liasse d'imprimés contenant la demande d'adhésion, le questionnaire de santé, la notice et l'enveloppe sécurisée et avoir pris connaissance du dépliant Assurance emprunteur "AERAS".

Reconnais avoir pris connaissance de la notice ASSUREA PRÊT, et en accepter les termes

Atteste savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans mes réponses entraînera la nullité de l'Assurance (article L.113-8 du Code des Assurances)

Reconnais avoir été informé de mon droit d'accès, de rectification, de suppression de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, de tout organisme professionnel concerné ; ce droit s'exerce au siège social de l'Assureur GENERALI VIE - DME - Département Emprunteur - 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris cedex 09. (Loi 78-17 du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la loi n°2004801 du 6 août 2004).

SIGNATURE DU DEMANDEUR (Personne à assurer): 	CODE(S) CONSEILLER(S) _____
Fait à Le _____ Jour _____ Mois _____ Année _____	Tél. fixe : _____ Tél. mobile : _____ Email : _____

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

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

Ces documents peuvent être adressés sous pli confidentiel directement au Médecin Conseil de l'Assureur. L'article L.113-2 du Code des Assurances fait obligation 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. Le contrat d'Assurance est nul en cas de réticence ou fausse réponse intentionnelle de la part de l'assuré. 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 dans l'enveloppe jointe au document d'adhésion, par la procédure de transmission sécurisée) au Médecin Conseil de l'Assureur.

RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON EN TOUTES LETTRES A L'INTÉRIEUR DE LA CASE CORRESPONDANTE

<p>1 Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ?</p> <p>Êtes-vous actuellement en invalidité ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Si oui, pour quelle raison ?</p> <p>Si oui, pour quelle raison ?</p>
<p>2 Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années d'une maladie ou d'un accident ayant provoqué, soit des arrêts de travail, soit des traitements soit les deux, d'une durée supérieure à 30 jours : cardiovasculaire (hypertension artérielle en particulier), respiratoire, rénale, digestive, nerveuse ou neuropsychiatrique (dépression), ostéoarticulaire (vertébrale, ...) affections du système génito urinaire endocrinologique, nutritionnelle (diabète, hypercholestérolémie en particulier), hématologique, immunitaire (Syndrome d'Immuno-déficience Acquise), tumorale ou autre ?</p>	<p>_____</p>	<p>Si oui, la ou lesquelles ?</p> <p>A quelle date ?</p> <p>Durée, traitements suivis, conséquences (communiquer sous pli confidentiel, les certificats médicaux et/ou comptes rendus opératoires)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3 Avez-vous subi une analyse biologique ayant révélé un résultat anormal ?</p> <p>Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, en particulier pour les virus des hépatites B et C ou pour celui de l'immunodéficience humaine (VIH) dont le résultat a été positif ?</p> <p>Avez-vous subi des transfusions de sang, de dérivés sanguins, des examens médicaux (analyse de sang, d'urine, électrocardiogramme, radiographie) ayant révélé un résultat anormal après examens médicaux ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Si oui, à quelle date ?</p> <p>Type du résultat anormal :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4 Avez-vous subi ou devez-vous subir une hospitalisation, des examens médicaux ou une intervention chirurgicale dans les 12 prochains mois ? (il est inutile de déclarer appendicectomie et ablation des amygdales, végétations, varices, dents de sagesse, hémorroïdes, calculs biliaires, hernie inguinale)</p>	<p>_____</p>	<p>Si oui, de quelle(s) nature(s) ?</p> <p>A quelle(s) date(s) ?</p> <p>Suites et séquelles</p>
<p>5 Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité militaire ou civile ou d'accidenté du travail ?</p>	<p>_____</p>	<p>Si oui, quel taux ? (fournir tous documents)</p> <p>Pour quel motif ?</p> <p>.....</p> <p>N° de la catégorie de l'invalidité retenue par la Sécurité Sociale ou l'organisme assimilé</p>
<p>6 Un Assureur y compris GENERALI VIE a-t-il pris une des décisions suivantes à propos d'une demande d'adhésion présentée par vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - refus - avec surprime - avec réduction de garantie - ajournée 	<p>_____</p>	<p>Si oui, quel Assureur ?</p> <p>Quelle a été sa décision ?</p> <p>A quelle(s) date(s) ?</p> <p>Pour quel motif ?</p>
<p>7 La différence entre votre poids (en Kg) : et votre taille (en cm) : au dessus d'un mètre est-elle supérieure à 20 ?</p>	<p>_____</p>	<p>Si oui, pouvez-vous commenter ce fait ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8 Êtes-vous atteint d'une infirmité (congénitale ou acquise) ?</p>	<p>_____</p>	<p>Si oui, laquelle ?</p>
<p>9 Êtes-vous pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale ou par un organisme assimilé pour raison médicale ?</p>	<p>_____</p>	<p>Depuis quelle date ?</p>

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion et certifie l'exactitude et la sincérité des réponses ci-dessus. J'autorise les Médecins que j'ai consultés à fournir au Médecin Conseil de la Compagnie toutes les informations d'ordre médical dont il pourrait avoir besoin.

La gravité d'une maladie ou d'un accident s'apprécie comme ayant provoqué, soit des arrêts de travail, soit des traitements, soit les deux d'une durée supérieure à 30 jours. Dans le cadre des formalités d'adhésion, je m'engage à communiquer au Médecin Conseil de la Compagnie, toutes les informations d'ordre médical provenant des Médecins que j'ai consultés dont il pourrait avoir besoin. Dans le cadre éventuel d'un sinistre, j'em'engage à communiquer personnellement ou à faire communiquer par mes ayants droit au Médecin Conseil de la Compagnie, toutes les informations utiles au règlement du sinistre déclaré, provenant des Médecins que j'ai consultés, informés du cadre dans lequel intervient cette demande et des risques exclus de la garantie, dont la mise en œuvre est sollicitée. Je dispose, ainsi que mes ayants droit, de la faculté de refuser de communiquer les informations médicales demandées, mais je reconnais être informé des conséquences qu'un refus pourrait avoir sur mes droits. Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait entre la date de la demande d'adhésion et celle de la prise d'effet des garanties, par courrier au Médecin conseil de l'assureur

NOM _____ Fait à _____ le _____
 Prénom _____ (Signature du demandeur)
 Date de naissance _____
 Jour Mois Année



Je soussigné(e) : _____

Demande à adhérer à l'Association Nationale de Prévoyance (A.N.P.)

FRAIS DE DOSSIER

Vous êtes déjà client ASSUREA :

19 € (2 267 XPF)

N° de dossier : _____

Vous n'êtes pas encore client ASSUREA :

46 € (5 490 XPF)

(8 € de droit d'entrée à l'A.N.P.+ 38 € de frais de dossier)

Date : _____

Signature : _____



AUTORISATION DE PRELEVEMENT

(à dater et signer)

N° National d'Émetteur

115 711

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 _____

Prénoms _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Organisme bénéficiaire

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 à débiter

Code Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB
_____	_____	_____	_____

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

Signature : _____



A _____ le _____