

ADHÉRENT (si différent de l'assuré)

Nom/Prénom ou Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Code postal - Ville : _____

PERSONNE À ASSURER : EMPRUNTEUR CO-EMPRUNTEUR CAUTION

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : ____/____/____

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____ Email : _____

Profession actuelle ou passée : _____ Secteur d'activité : _____

Statut : Cadre secteur privé Non cadre secteur privé Artisan/Commerçant

Exploitant agricole Prof. libérale hors médicale ou paramédicale Prof. médicale ou paramédicale

Personnel navigant aérien Fonctionnaire Cat.A Fonctionnaire hors Cat.A

Séjournes-vous régulièrement pour une durée supérieure à 90 jours par an en dehors de l'Union Européenne, de la Norvège, de la Suisse, de l'Islande, du Lichtenstein, des USA, du Canada ou du Japon ? : NON OUI (si oui, compléter et joindre le questionnaire « risques de séjours »)

À NE REMPLIR QUE SI L'ASSURÉ A MOINS DE 60 ANS À L'ADHÉSION ET EN CAS DE SOUSCRIPTION À LA GARANTIE ITT/IPT

Manutention : Pas de manutention ou - 15 kg + 15 kg

Manipulation matières/outils dangereux : NON OUI

Déplacements professionnels (hors trajet domicile/bureau) - de 15 000 km/an + de 15 000 km/an

TARIF SPÉCIAL NON FUMEUR

Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande expresse du corps médical : Oui, je suis non fumeur Non, je suis fumeur

Ces déclarations font partie intégrante de mon adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration entraîne la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances.

PRÊT(S) À GARANTIR (joindre l'offre de prêt)

	1 ^{er} PRÊT	2 ^e PRÊT
Capital emprunté	_____ €	_____ €
Durée totale en mois	_____ Mois	_____ Mois
Dont différé d'amortissement en mois	_____ Mois	_____ Mois
Quotité assurée (si assurance sur 2 têtes, joindre la demande d'adhésion du co-emprunteur)	_____ %	_____ %
Taux d'intérêt	_____ %	_____ %
Date prévue de déblocage des fonds (ou date de prise d'effet des garanties)	____/____/____	____/____/____
Type de prêt	<input type="checkbox"/> personnel <input type="checkbox"/> professionnel	<input type="checkbox"/> personnel <input type="checkbox"/> professionnel
Périodicité de l'amortissement	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Type d'amortissement (si amortissement spécifique joindre impérativement le tableau d'amortissement)	<input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> In Fine <input type="checkbox"/> à paliers	<input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> In Fine <input type="checkbox"/> à paliers

GARANTIES DEMANDÉES

1 ^{er} PRÊT	2 ^e PRÊT
<input checked="" type="checkbox"/> Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
<input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale/Invalidité Permanente Totale (ITT/IPT)	<input type="checkbox"/> Incapacité Temporaire Totale/Invalidité Permanente Totale (ITT/IPT)
<input type="checkbox"/> Formule Essentielle } choisir une des 2 formules	<input type="checkbox"/> Formule Essentielle } choisir une des 2 formules
<input type="checkbox"/> Formule Premium }	<input type="checkbox"/> Formule Premium }
<input type="checkbox"/> Option Sérénité OU <input type="checkbox"/> Option Sérénité +	<input type="checkbox"/> Option Sérénité OU <input type="checkbox"/> Option Sérénité +
<input type="checkbox"/> Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT PRÊTEUR, BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT

Nom de la banque : _____ Fax/Email : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

MONTANT ET MODE DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION (JOINDRE LE DEVIS INTERNET)

	COTISATION 1 ^{ER} PRÊT	COTISATION 2 ^E PRÊT
<input type="checkbox"/> Par chèque : fractionnement annuel	Montant de la cotisation fractionnée _____ €	Montant de la cotisation fractionnée _____ €
<input type="checkbox"/> Par prélèvement : <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Semestriel	Frais d'échéance (2€/mois) _____ €	Frais d'échéance (2€/mois) _____ €
<input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Annuel	Frais d'adhésion : 23 €	
Date de prélèvement souhaitée : <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25	Montant total dû : _____ €	
	(Le montant de la 1 ^{ère} prime sera prélevé 10 jours après la date d'effet du contrat)	

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) : _____

- demande à adhérer au contrat d'Assurance collective sur la Vie à adhésion facultative « EMPRUNTEA » ;
- déclare avoir pris connaissance des conditions énumérées ci-dessus et du tarif ;
- reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales du contrat collectif valant Notice d'Information ;
- reconnais avoir pris connaissance et conserver un exemplaire de cette Notice d'information, valant information précontractuelle au sens de l'article L.112-2 du Code des Assurances
- reconnais avoir été informé que le Médecin Conseil se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires et je m'engage à lui fournir ;
- certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé ;
- reconnais avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances et toute omission ou déclaration inexacte entraînera l'application de L 113-9 du même Code.

Fait à : _____ le : _____

Lu et approuvé,
Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré)

Lu et approuvé, signature de l'assuré

Signature de l'assureur conseil
CABINET LASSUREUR
CODE : 33598 TCV 20 %

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (D.E.S)

À compléter et à signer par l'assuré

à adresser au Médecin Conseil de SOLLY AZAR - 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09
sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe jointe - Télécopie : 01 49 45 65 10.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Votre poids (en kg) : _____ Taille (en cm) : _____

1- Êtes-vous sous surveillance médicale et/ou traitement médical pour tension artérielle ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2- Êtes-vous sous surveillance médicale et/ou traitement médical pour hypercholestérolémie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3- Êtes-vous en arrêt de travail actuellement à la suite d'une maladie ou un accident ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
4- Êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical :		
a) pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
b) pour affections disco-vertébrales, lumbago ou sciatique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
c) pour troubles psychiques, dépression nerveuse ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
d) pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde ...) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
e) pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels et veineux) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
f) pour maladies digestives ou du foie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
g) pour troubles neurologiques ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
h) pour cancer, tumeur, maladie du sang ou des ganglions ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
i) pour sclérose en plaques ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
j) pour maladie respiratoire ou ORL ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
k) pour maladie des reins, de la vessie ou gynécologique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
5- Au cours des 5 dernières années avez-vous été en arrêt de travail plus de 3 semaines consécutives, hospitalisé ou opéré (sauf pour appendicite, hernie inguinale, calculs vésiculaires et maternité sans complication) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
6- Vous a-t-on informé que dans les 6 mois à venir, vous devrez être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
7- Êtes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité, ou pris en charge à 100 % par votre organisme de protection sociale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
8- Les examens à visée préventive ou diagnostic auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensitométrie, sérologie HIV, hépatites B et C) ont-ils mis en évidence des anomalies ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
9- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà fait l'objet de conditions particulières (surprime, exclusion), d'un refus ou d'un ajournement lors de l'adhésion à un contrat d'assurance comportant des formalités médicales ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Fait à : _____

le : _____

SIGNATURE

ATTENTION : POUR ACCÉLÉRER LE TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER, NOUS VOUS INVITONS À REMPLIR LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS) DÈS LORS QU'UNE RÉPONSE POSITIVE EST APPORTÉE AUX QUESTIONS POSÉES.