

# François Bernard Assurances - "Solutions | emprunteur" - Demande d'adhésion

Convention d'assurance collective à adhésion facultative souscrite par l'Association Favorisant l'Accès à l'Assurance et à l'Emprunt (A.F.A.A.E\*) auprès de Dexia Epargne Pension pour les garanties Décès et Invalidité **CABINET LASSUREUR in10976**



## Personne(s) à assurer

**Assuré n°1 (Adhérent)**  M.  Mme  Melle  
**Nom** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_ **Date de naissance** \_\_\_\_\_  
**Profession exacte** \_\_\_\_\_ **Secteur d'activité** \_\_\_\_\_  
**Statut**  Salarié Cadre ou Assimilé / Fonctionnaire classe A  Salarié Non Cadre ou Fonctionnaire classe B ou C  Agent commercial  Profession Médicale  
 Profession Paramédicale  Autre Profession Libérale  Commerçant / Artisan  Exploitant agricole  Sans profession  Autre  
**Travail manuel régulier ou dangereux, ou manutention régulière** <sup>1</sup>  sans  avec, si "avec" précisez \_\_\_\_\_  
**Déplacements professionnels >15 000 km par an en véhicule particulier**  oui  non / **Travail à plus de 15 mètres de hauteur**  oui  non

**Assuré n°2**  M.  Mme  Melle  
**Nom** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_ **Date de naissance** \_\_\_\_\_  
**Profession exacte** \_\_\_\_\_ **Secteur d'activité** \_\_\_\_\_  
**Statut**  Salarié Cadre ou Assimilé / Fonctionnaire classe A  Salarié Non Cadre ou Fonctionnaire classe B ou C  Agent commercial  Profession Médicale  
 Profession Paramédicale  Autre Profession Libérale  Commerçant / Artisan  Exploitant agricole  Sans profession  Autre  
**Travail manuel régulier ou dangereux, ou manutention régulière** <sup>1</sup>  sans  avec, si "avec" précisez \_\_\_\_\_  
**Déplacements professionnels >15 000 km par an en véhicule particulier**  oui  non / **Travail à plus de 15 mètres de hauteur**  oui  non  
<sup>1</sup> toutes activités de manipulation ou déplacement d'objets lourds (plus de 15kg) ou dangereux, exercées régulièrement pendant votre travail.

## Coordonnées adhérent

**Adresse actuelle**  
**Code postal** \_\_\_\_\_ **Ville** \_\_\_\_\_  
**Adresse future**  
**Code postal** \_\_\_\_\_ **Ville** \_\_\_\_\_

**Paiement**  
 Prélèvement automatique  Chèque

**Tarification**  
 Prime unique  Prime périodique / Fractionnement (si prime périodique) :  mensuel\*  trimestriel  semestriel  annuel \* Prélèvement obligatoire  
**Date de prélèvement choisie** :  5  10  15  20 / **Frais d'échéance** : 2,00 € par échéance / **Droit d'adhésion A.F.A.A.E** : 25,00 €

## Prêts couverts

	Montant	Type de prêt	Taux	Durée	Date de déblocage
Prêt 1		<input type="checkbox"/> amortissable in fine <input type="checkbox"/> relais autre <sup>2</sup>	..... % <input type="checkbox"/> fixe <input type="checkbox"/> variable	... mois dont ... mois de différé	
Prêt 2		<input type="checkbox"/> amortissable in fine <input type="checkbox"/> relais autre <sup>2</sup>	..... % <input type="checkbox"/> fixe <input type="checkbox"/> variable	... mois dont ... mois de différé	
Prêt 3		<input type="checkbox"/> amortissable in fine <input type="checkbox"/> relais autre <sup>2</sup>	..... % <input type="checkbox"/> fixe <input type="checkbox"/> variable	... mois dont ... mois de différé	

<sup>2</sup> si autre, précisez et joignez la copie de l'offre de prêt (prêts à déblocages successifs, à paliers, à intérêts capitalisés, à mensualités non constantes,...) : .....

**Date de signature de l'offre de prêt** : ..... / ..... / .....

## Organisme prêteur

	Raison sociale :	Adresse :	Code postal :	Ville :	Téléphone :	Fax :	Email :
Prêt 1							
Prêt 2							
Prêt 3							

Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez :

	Raison sociale :	Adresse :	Code postal :	Ville :	Téléphone :	Fax :	Email :
Prêt 1							
Prêt 2							
Prêt 3							

Si le bénéficiaire n'est pas le prêteur, nous adresser l'accord écrit de la banque et préciser la clause bénéficiaire :

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
Clause bénéficiaire			

## Garanties couvertes

	Assuré n°1 (Adhérent)			Assuré n°2		
	Quotité Décès/PTIA	Quotité ITT/IPT <sup>3</sup>	Franchise ITT/IPT <sup>3</sup>	Quotité Décès/PTIA	Quotité ITT/IPT <sup>3</sup>	Franchise ITT/IPT <sup>3</sup>
Prêt 1	..... %	..... %	<input type="checkbox"/> 30j <input type="checkbox"/> 60j <input type="checkbox"/> 90j <input type="checkbox"/> 180j	..... %	..... %	<input type="checkbox"/> 30j <input type="checkbox"/> 60j <input type="checkbox"/> 90j <input type="checkbox"/> 180j
Prêt 2	..... %	..... %	<input type="checkbox"/> 30j <input type="checkbox"/> 60j <input type="checkbox"/> 90j <input type="checkbox"/> 180j	..... %	..... %	<input type="checkbox"/> 30j <input type="checkbox"/> 60j <input type="checkbox"/> 90j <input type="checkbox"/> 180j
Prêt 3	..... %	..... %	<input type="checkbox"/> 30j <input type="checkbox"/> 60j <input type="checkbox"/> 90j <input type="checkbox"/> 180j	..... %	..... %	<input type="checkbox"/> 30j <input type="checkbox"/> 60j <input type="checkbox"/> 90j <input type="checkbox"/> 180j

<sup>3</sup> La quotité ITT/IPT doit être inférieure ou égale à la quotité DC/PTIA

Garantie optionnelle Perte d'emploi\* : oui  non  \*Si la garantie perte d'emploi est souscrite, une demande d'adhésion séparée et par adhérent doit être dûment complétée et signée.

Je soussigné(e),

- demande mon adhésion à l'Association AFAAE, Association Favorisant l'Accès à l'Assurance et à l'Emprunt, et à la convention souscrite par elle auprès de Dexia Epargne Pension pour les garanties DC/PTIA et ITT/ITP ;

- déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association AFAAE ;

- reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information des conditions générales du produit "solutions | emprunteur" référencées N/AE/20080103 définissant les garanties de la convention, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de sinistre, les conditions d'exercice du droit de renonciation ;

- 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(e) que je peux demander communication ou rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de François Bernard Assurances, de l'Assureur, de ses mandataires, de tout organisme professionnel concerné et réassureur. Ce droit s'exerce par simple demande écrite à François Bernard Assurances - 10 rue de la Gare - BP 410 - 79004 Niort Cedex (Loi 78.17 du 6 janvier 1978).

**Signature Assuré n°1** **Signature Assuré n°2**

Fait à ..... Précédée de la mention "lu et approuvé" Précédée de la mention "lu et approuvé"

Date ..... Précédée de la mention "lu et approuvé" Précédée de la mention "lu et approuvé"

**CABINET LASSUREUR**  
**in10976**

*Exemplaires blanc & rose : François Bernard Assurances / Exemple bleu : correspondant / Exemple vert : à conserver par l'assuré*