



## Bénéficiaire des garanties

Le bénéficiaire des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Professionnelle des pharmaciens et Incapacité Temporaire Totale de travail est chaque Organisme Prêteur/Crédit-bailleur dont les coordonnées figurent ci-après.

Dans le cadre de l'option **Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel de l'Assuré**, de l'Option **Prévoyance**, ou dans l'hypothèse où l'assuré choisit de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, le capital est versé : au conjoint de l'Assuré à la date du décès, à défaut au partenaire auquel il est lié par un PACS à la date du décès, à défaut à son concubin notoire à la date du décès, à défaut à ses enfants vivants ou, en cas de décès de l'un d'entre eux, ses représentants, à défaut à ses héritiers.

La possibilité de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, est réservée aux adhésions effectuées par une personne physique en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur dont le bénéficiaire est l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur et pour une quotité égale à la différence entre 100% et la quotité assurée sur l'autre contrat d'assurance emprunteur. Si l'Assuré le souhaite, il l'indique ci-contre par un «OUI» : \_\_\_\_\_ (la Formule 1 option Décès seul est obligatoire).

## Caractéristiques du(des) financement(s)

	Financement 1	Financement 2	Financement 3	Financement 4	Financement 5
<b>Montant du(des) financement(s)</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>En cas de crédit-bail :</b>					
Montant des loyers	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Montant de la valeur résiduelle	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Type</b> <i>(amortissable, in fine, à palier, relais, crédit-bail...)</i>					
<b>Objet</b> <i>(immobilier, professionnel, ...)</i>					
<b>Durée</b>	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
<b>Différé d'amortissement</b>	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
<b>Taux nominal</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Quotité assurée</b> <i>(≤ 100 % par Assuré)</i>					
<b>Assuré 1</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Assuré 2</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Organisme Prêteur / Crédit-bailleur</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>
Merci de préciser pour chaque organisme prêteur / crédit-bailleur					
	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>

Si la périodicité des remboursements des échéances des prêts ou des loyers (crédit-bail) n'est pas mensuelle, préciser (trimestrielle, semestrielle, annuelle) : \_\_\_\_\_



## Caractéristiques de l'assurance

	Assuré 1	Assuré 2
<b>Formule 1</b> : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Option Décès seul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Formule 2</b> : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail Option sans Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Formule 3</b> : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Formule 4 réservée aux pharmaciens</b> : Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Professionnelle des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous choisissez la Formule 2 ou 3 :**

### Assuré 1

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus**. Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint :
- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours**. Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :  
 30 jours     60 jours

### Assuré 2

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus**. Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint :
- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours**. Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :  
 30 jours     60 jours

**Périodicité des cotisations d'assurance :**

Mensuelle

Trimestrielle

Annuelle

**Date de prise d'effet souhaitée :**    /    /

(Il s'agit de la date de début de couverture qui déclenche le premier prélèvement)

## Garanties optionnelles

### Assuré 1

Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

50 000 €     100 000 €     150 000 €     200 000 €     300 000 €

### Assuré 2

Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

50 000 €     100 000 €     150 000 €     200 000 €     300 000 €

**Option Prévoyance** (réservée aux cas d'adhésion par deux assurés).

## Signature

Si la Formule 2, 3 ou 4 réservée aux pharmaciens a été choisie, l'(les) Assuré(s) déclare(nt) sur l'honneur exercer une activité professionnelle rémunérée.

L'Adhérent et l'(les) Assuré(s) reconnaissent avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente Demande d'adhésion, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la Notice. **En outre, ils certifient que les renseignements fournis sur la présente Demande d'adhésion sont à leur connaissance exacts et prennent acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.** Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. L'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'Adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément à l'article 12 de la Notice.

**Dispositions en cas vente à distance<sup>®</sup>** : L'Adhérent et l'Assuré sont informés que les garanties prennent effet, pour chacun des prêts ou des contrats de crédit-bail, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus ou dès la date d'acceptation de l'offre de prêt / la date de conclusion du contrat de crédit-bail, si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature de l'Adhérent / 1<sup>er</sup> Assuré

Cachet de l'entreprise adhérente et  
signature de la personne habilitée pour l'entreprise

Signature du 2<sup>ème</sup> Assuré

<sup>®</sup> **Vente à distance** : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

UFEP - Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> Juillet 1901  
Siège social : 10, rue Louis Blériot - 92500 Rueil-Malmaison

CARDIF Assurance Vie - Entreprise régie par le Code des assurances  
S.A. au capital de 594 854 992 € - 732 028 154 RCS Paris  
Siège social : 1, boulevard Haussmann - TSA 93000 - 75318 Paris cedex 09  
Bureaux : 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75009 Paris





## Bénéficiaire des garanties

Le bénéficiaire des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Professionnelle des pharmaciens et Incapacité Temporaire Totale de travail est chaque Organisme Prêteur/Crédit-bailleur dont les coordonnées figurent ci-après.

Dans le cadre de l'option **Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel de l'Assuré**, de l'Option **Prévoyance**, ou dans l'hypothèse où l'assuré choisit de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, le capital est versé : au conjoint de l'Assuré à la date du décès, à défaut au partenaire auquel il est lié par un PACS à la date du décès, à défaut à son concubin notoire à la date du décès, à défaut à ses enfants vivants ou, en cas de décès de l'un d'entre eux, ses représentants, à défaut à ses héritiers.

La possibilité de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, est réservée aux adhésions effectuées par une personne physique en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur dont le bénéficiaire est l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur et pour une quotité égale à la différence entre 100% et la quotité assurée sur l'autre contrat d'assurance emprunteur. Si l'Assuré le souhaite, il l'indique ci-contre par un «OUI» : \_\_\_\_\_ (la Formule 1 option Décès seul est obligatoire).

## Caractéristiques du(des) financement(s)

	Financement 1	Financement 2	Financement 3	Financement 4	Financement 5
<b>Montant du(des) financement(s)</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>En cas de crédit-bail :</b>					
Montant des loyers	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Montant de la valeur résiduelle	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Type</b> <i>(amortissable, in fine, à palier, relais, crédit-bail...)</i>					
<b>Objet</b> <i>(immobilier, professionnel, ...)</i>					
<b>Durée</b>	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
<b>Différé d'amortissement</b>	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
<b>Taux nominal</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Quotité assurée</b> <i>(≤ 100 % par Assuré)</i>					
<b>Assuré 1</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Assuré 2</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Organisme Prêteur / Crédit-bailleur</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>
Merci de préciser pour chaque organisme prêteur / crédit-bailleur					
	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>

Si la périodicité des remboursements des échéances des prêts ou des loyers (crédit-bail) n'est pas mensuelle, préciser (trimestrielle, semestrielle, annuelle) : \_\_\_\_\_



## Caractéristiques de l'assurance

	Assuré 1	Assuré 2
<b>Formule 1</b> : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Option Décès seul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Formule 2</b> : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail Option sans Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Formule 3</b> : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Formule 4 réservée aux pharmaciens</b> : Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Professionnelle des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous choisissez la Formule 2 ou 3 :**

### Assuré 1

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus**. Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint :
- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours**. Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :  
 30 jours     60 jours

### Assuré 2

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus**. Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint :
- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours**. Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :  
 30 jours     60 jours

**Périodicité des cotisations d'assurance :**

Mensuelle

Trimestrielle

Annuelle

**Date de prise d'effet souhaitée :**    /    /

(Il s'agit de la date de début de couverture qui déclenche le premier prélèvement)

## Garanties optionnelles

### Assuré 1

Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

50 000 €     100 000 €     150 000 €     200 000 €     300 000 €

### Assuré 2

Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

50 000 €     100 000 €     150 000 €     200 000 €     300 000 €

**Option Prévoyance** (réservée aux cas d'adhésion par deux assurés).

## Signature

Si la Formule 2, 3 ou 4 réservée aux pharmaciens a été choisie, l'(les) Assuré(s) déclare(nt) sur l'honneur exercer une activité professionnelle rémunérée.

L'Adhérent et l'(les) Assuré(s) reconnaissent avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente Demande d'adhésion, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la Notice. **En outre, ils certifient que les renseignements fournis sur la présente Demande d'adhésion sont à leur connaissance exacts et prennent acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.** Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. L'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'Adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément à l'article 12 de la Notice.

**Dispositions en cas vente à distance<sup>o</sup>** : L'Adhérent et l'Assuré sont informés que les garanties prennent effet, pour chacun des prêts ou des contrats de crédit-bail, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus ou dès la date d'acceptation de l'offre de prêt / la date de conclusion du contrat de crédit-bail, si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature de l'Adhérent / 1<sup>er</sup> Assuré

Cachet de l'entreprise adhérente et  
signature de la personne habilitée pour l'entreprise

Signature du 2<sup>ème</sup> Assuré

<sup>o</sup> **Vente à distance** : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

UFEP - Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> Juillet 1901  
Siège social : 10, rue Louis Blériot - 92500 Rueil-Malmaison

CARDIF Assurance Vie - Entreprise régie par le Code des assurances  
S.A. au capital de 594 854 992 € - 732 028 154 RCS Paris  
Siège social : 1, boulevard Haussmann - TSA 93000 - 75318 Paris cedex 09  
Bureaux : 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75009 Paris





## Bénéficiaire des garanties

Le bénéficiaire des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Professionnelle des pharmaciens et Incapacité Temporaire Totale de travail est chaque Organisme Prêteur/Crédit-bailleur dont les coordonnées figurent ci-après.

Dans le cadre de l'option **Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel de l'Assuré**, de l'Option **Prévoyance**, ou dans l'hypothèse où l'assuré choisit de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, le capital est versé : au conjoint de l'Assuré à la date du décès, à défaut au partenaire auquel il est lié par un PACS à la date du décès, à défaut à son concubin notoire à la date du décès, à défaut à ses enfants vivants ou, en cas de décès de l'un d'entre eux, ses représentants, à défaut à ses héritiers.

La possibilité de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, est réservée aux adhésions effectuées par une personne physique en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur dont le bénéficiaire est l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur et pour une quotité égale à la différence entre 100% et la quotité assurée sur l'autre contrat d'assurance emprunteur. Si l'Assuré le souhaite, il l'indique ci-contre par un «OUI» : \_\_\_\_\_ (la Formule 1 option Décès seul est obligatoire).

## Caractéristiques du(des) financement(s)

	Financement 1	Financement 2	Financement 3	Financement 4	Financement 5
<b>Montant du(des) financement(s)</b>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>En cas de crédit-bail :</b>					
Montant des loyers	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Montant de la valeur résiduelle	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Type</b> <i>(amortissable, in fine, à palier, relais, crédit-bail...)</i>					
<b>Objet</b> <i>(immobilier, professionnel, ...)</i>					
<b>Durée</b>	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
<b>Différé d'amortissement</b>	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
<b>Taux nominal</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Quotité assurée</b> <i>(≤ 100 % par Assuré)</i>					
<b>Assuré 1</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Assuré 2</b>	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Organisme Prêteur / Crédit-bailleur</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>	<b>Nom</b>
Merci de préciser pour chaque organisme prêteur / crédit-bailleur					
	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>	<b>Adresse</b>

Si la périodicité des remboursements des échéances des prêts ou des loyers (crédit-bail) n'est pas mensuelle, préciser (trimestrielle, semestrielle, annuelle) : \_\_\_\_\_



## Caractéristiques de l'assurance

	Assuré 1	Assuré 2
<b>Formule 1</b> : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Option Décès seul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Formule 2</b> : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail Option sans Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Formule 3</b> : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Formule 4 réservée aux pharmaciens</b> : Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Professionnelle des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous choisissez la Formule 2 ou 3 :**

### Assuré 1

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus**. Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint :
- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours**. Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :  
 30 jours     60 jours

### Assuré 2

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus**. Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint :
- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours**. Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :  
 30 jours     60 jours

**Périodicité des cotisations d'assurance :**

Mensuelle

Trimestrielle

Annuelle

**Date de prise d'effet souhaitée :**

    /    /

*(Il s'agit de la date de début de couverture qui déclenche le premier prélèvement)*

## Garanties optionnelles

### Assuré 1

Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

50 000 €     100 000 €     150 000 €     200 000 €     300 000 €

### Assuré 2

Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

50 000 €     100 000 €     150 000 €     200 000 €     300 000 €

**Option Prévoyance** (réservée aux cas d'adhésion par deux assurés).

## Signature

Si la Formule 2, 3 ou 4 réservée aux pharmaciens a été choisie, l'(les) Assuré(s) déclare(nt) sur l'honneur exercer une activité professionnelle rémunérée.

L'Adhérent et l'(les) Assuré(s) reconnaissent avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente Demande d'adhésion, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la Notice. **En outre, ils certifient que les renseignements fournis sur la présente Demande d'adhésion sont à leur connaissance exacts et prennent acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.** Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. L'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'Adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément à l'article 12 de la Notice.

**Dispositions en cas vente à distance<sup>02</sup> :** L'Adhérent et l'Assuré sont informés que les garanties prennent effet, pour chacun des prêts ou des contrats de crédit-bail, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus ou dès la date d'acceptation de l'offre de prêt / la date de conclusion du contrat de crédit-bail, si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature de l'Adhérent / 1<sup>er</sup> Assuré

Cachet de l'entreprise adhérente et  
signature de la personne habilitée pour l'entreprise

Signature du 2<sup>ème</sup> Assuré

<sup>02</sup> **Vente à distance** : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

