

CAFPI EMPRUNTEUR (COTISATION FIXE)

Agence CAFPI : _____ Agent : _____

Bulletin d'adhésion au contrat groupe n°2005JA0001 souscrit pour les clients de CAFPI auprès de Sphéria Vie par l'intermédiaire de Vitae et valant certificat d'adhésion, sous réserve d'acceptation médicale. Centre de gestion : SPHERIA VIE - 10, rue Emile Zola - BP 1423 - 45004 ORLEANS Cedex 1

ASSURE 1 ■ Emprunteur ■ Caution

Qualité : Mlle Madame Monsieur
 Nom (ou raison sociale) : _____
 Nom de Jeune Fille : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de Naissance : _____
 Situation de Famille : _____
 Profession Actuelle : _____
 Adresse Actuelle (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Adresse Acquisition (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Emprunteur (si différent de la personne à assurer) : _____

Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer la déclaration spéciale non-fumeur ci-dessous

DÉCLARATION "NON-FUMEUR" - Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois à compter de la date de signature du présent bulletin d'adhésion sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical.
Date _____ signature de l'assuré 1 _____

ASSURE 2 ■ Co-emprunteur ■ Caution

Qualité : Mlle Madame Monsieur
 Nom (ou raison sociale) : _____
 Nom de Jeune Fille : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de Naissance : _____
 Situation de Famille : _____
 Profession Actuelle : _____
 Date de déménagement : _____

Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer la déclaration spéciale non-fumeur ci-dessous

DÉCLARATION "NON-FUMEUR" - Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois à compter de la date de signature du présent bulletin d'adhésion sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical.
Date _____ signature de l'assuré 2 _____

CARACTERISTIQUES DU OU DES PRETS

Montant initial du prêt	Nature du Prêt	Taux (H.A) (1)	Durée (en mois) (2)	Différé d'amortissement (en mois)	Quotité à assurer (Maxi 100% par assuré)		Bénéficiaire Assuré 1 ou 2 ou Organisme Financier Prêteur	Option choisie	Prime Annuelle	
					Assuré 1	Assuré 2			Assuré 1	Assuré 2
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Finé			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui durée:						
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Finé			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui durée:						
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Finé			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui durée:						
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Finé			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui durée:						
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Finé			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui durée:						

(1) Hors Assurance

(2) Hors Différé d'Amortissement

OPTION A : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

OPTION B : Décès - PTIA - Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T) et Invalidité Permanente Totale (>66%)

OPTION C : Décès - PTIA - Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T) et Invalidité Permanente Totale et Partielle(>33%)

Pour les résidents des DOM, la franchise ITT est portée à 120 jours

Date d'effet de l'assurance = date d'acceptation de l'offre de prêt par l'Assuré - Durée de l'assurance = Durée du prêt (sous réserve des limites de garanties)

BÉNÉFICIAIRES (au titre des garanties en couverture des prêts)

• **Après la date d'acceptation du risque par l'assureur**, le bénéficiaire acceptant pour chaque prêt est l'organisme prêteur dont les coordonnées figurent ci-dessous :

Raison sociale : _____ Interlocuteur : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ e.mail : _____

• **Entre la date de signature du présent bulletin d'adhésion et la date d'acceptation ou refus du risque par l'assureur**, tel que prévu à l'article 8 des conditions générales, le bénéficiaire est celui indiqué à l'article 2 des conditions générales, sauf avis contraire de votre part.

COTISATIONS : Assiette de calcul sur capital initial emprunté

Mode de Paiement : Prélèvements (minimum 10 € par assuré) : Mensuels Trimestriels Semestriels Annuels

Compléter et signer l'autorisation de prélèvement. Joindre un RIB, RIP ou RIC

Droits d'adhésion à l'AMEP : 5 euros, prélevés uniquement la première année

ADHESION

Je soussigné déclare adhérer à l'Association des Mutualistes pour l'Epargne et la Prévoyance (AMEP) et au contrat "CAFPI EMPRUNTEUR" souscrit par cette association auprès de Sphéria Vie. Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire des Conditions Générales (ref CGxx-0001-0014) valant note d'information, le double du présent bulletin d'adhésion et un modèle de lettre de renonciation. Je certifie sincères et exactes les indications portées à ce jour. Les statuts de l'AMEP sont disponibles sur simple demande auprès du siège de l'assureur, du siège de l'AMEP ou sur site www.association-amep.fr

Fait à _____

Date et signature de l'assuré 1

Date et signature de l'assuré 2

Admission par l'Intermédiaire (Cachet et signature VITAE)

Acceptation de l'Assureur (Cachet VITAE)

Prêteur (Cachet et signature)

Exemplaire Assureur

Intermédiaire : Vitae

SPHERIA Vie - Entreprise régie par le Code des Assurances
 S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 15 640 000 €
 414 494 708 RCS ORLEANS
 Siège Social : 10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS

DAXX-0048-0014

Faculté de renonciation

Pendant 30 jours, vous pouvez réfléchir à la décision que vous venez de prendre et examiner en toute tranquillité la Note d'information qui vous a été remise.

Si pour quelque cause que ce soit, vous étiez amené(e) à revenir sur votre décision, il vous suffirait de renvoyer, sous pli recommandé avec avis de réception, une lettre de renonciation selon le modèle ci-après.

Votre garantie cessera dès réception de votre lettre recommandée et nous vous rembourserons l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous avez été informé que le contrat est conclu.

Modèle de lettre de renonciation :

Monsieur le Directeur,

Je soussigné..... demeurant à déclare renoncer à mon adhésion n°..... au contrat CAFPI EMPRUNTEUR de SPHERIA Vie, dont la date d'effet est fixée au ../.../... et entend recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où j'ai été informé que le contrat est conclu.

Date : Signature :

Informatique et Libertés

Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de SPHERIA Vie, de ses réassureurs ou des organismes professionnels. Il suffit de vous adresser à SPHERIA Vie au siège social : 10, rue Émile Zola - 45000 ORLEANS.

