

ASSURE 1 ■ Emprunteur ■ Caution

Qualité : Mlle Madame Monsieur
 Nom (ou raison sociale) : _____
 Nom de Jeune Fille : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de Naissance : _____
 Profession réellement exercée : _____
 Adresse Actuelle (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Adresse Acquisition (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Date de déménagement : _____ Téléphone : _____
 E-mail personnel : _____
 Salarié non cadre Salarié cadre Gérant Majoritaire
 Profession libérale Artisan/commerçant Retraité
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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 : _____
 Profession réellement exercée : _____
 E-mail personnel : _____
 Salarié non cadre Salarié cadre Gérant Majoritaire
 Profession libérale Artisan/commerçant Retraité
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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)	Type de taux	Durée (en mois) (2)	Différé d'amortissement (en mois)	Prêt par paliers O/N (3)	Quotité à assurer (Maxi 100% par assuré)		Bénéficiaire Assuré 1 ou 2 ou Organisme Financier Prêteur	Option choisie	
							Assuré 1	Assuré 2		Assuré 1	Assuré 2
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								

(1) Hors Assurance (2) Hors Différé d'Amortissement (3) Joindre le détail des prêts paliers

- 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%)
Garanties optionnelles : Ces garanties s'appliquent pour chaque assuré à l'ensemble des prêts.
 Assuré 1 Garantie Dos Garantie Psy Assuré 2 Garantie Dos Garantie Psy

Date d'acceptation de l'offre du/des prêt(s) :
 / /

Si vous choisissez une (ou deux) garantie(s) optionnelle(s), complétez et signez la dernière partie des formalités médicales "garanties optionnelles".
Pour les résidents des DROM, la franchise ITT est portée à 120 jours
Date d'effet de l'assurance = au plus tôt, 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 : _____ Code guichet : _____ Code banque : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____ e.mail : _____

• **Entre la date de signature de la présente demande d'adhésion et la date d'acceptation ou refus du risque par l'assureur**, le bénéficiaire est celui indiqué à l'article 2 de la notice d'information, sauf avis contraire de votre part.

COTISATIONS : Assiette de calcul sur capital restant dû

Total des cotisations TTC annualisées de 1^{ère} année
 Assuré 1 _____ € Assuré 2 _____ €

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

Compléter et signer l'autorisation de prélèvement. Joindre un RIB, RIP ou RICE
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'Épargne et la Prévoyance (AMEP) et au contrat "CAFPI EMPRUNTEUR - en capital restant dû -" souscrit auprès de Sphéria Vie. Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la Notice d'Information (ref CGxx-0059-0006), le double de la présente demande d'adhésion et un modèle de lettre de renonciation. Je certifie sincères et exactes les indications portées à ce jour aux paragraphes ci-dessus ainsi qu'aux formalités médicales annexées à la présente demande. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances. Les statuts de l'AMEP sont disponibles sur simple demande auprès du siège de l'assureur, du siège de l'AMEP ou sur le site www.association-amep.fr

Fait à _____
 Date et signature de l'assuré 1 _____ Date et signature de l'assuré 2 _____

Exemplaire Assureur

DAxx-0077-0007

RECTO ASSUREUR en bas Autorisation de Prélèvement

AUTORISATION DE PRELEVEMENT - CAFPI EMPRUNTEUR - en capital restant dû -

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier.

N° National d'Emetteur

443571

Nom, prénoms et adresse du titulaire du compte

.....
.....
.....

Nom et adresse du créancier

SPHERIA VIE
10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS

Compte à débiter

Banque	Guichet	Numéro de compte	Clé RIB
.....
IBAN		BIC	

.....

Nom et adresse de l'établissement teneur de mon compte

.....
.....
.....

Fait à

le

Signature :

Le traitement de cette autorisation de prélèvement nécessite que toutes ces rubriques soient intégralement complétées.
Prière de remplir et renvoyer cet imprimé en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE)

ASSURE 1 ■ Emprunteur ■ Caution

Qualité : Mlle Madame Monsieur
 Nom (ou raison sociale) : _____
 Nom de Jeune Fille : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de Naissance : _____
 Profession réellement exercée : _____
 Adresse Actuelle (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Adresse Acquisition (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Date de déménagement : _____ Téléphone : _____
 E-mail personnel : _____
 Salarié non cadre Salarié cadre Gérant Majoritaire
 Profession libérale Artisan/commerçant Retraité
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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 : _____
 Profession réellement exercée : _____
 E-mail personnel : _____
 Salarié non cadre Salarié cadre Gérant Majoritaire
 Profession libérale Artisan/commerçant Retraité
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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)	Type de taux	Durée (en mois) (2)	Différé d'amortissement (en mois)	Prêt par paliers O/N (3)	Quotité à assurer (Maxi 100% par assuré)		Bénéficiaire Assuré 1 ou 2 ou Organisme Financier Prêteur	Option choisie	
							Assuré 1	Assuré 2		Assuré 1	Assuré 2
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								

(1) Hors Assurance (2) Hors Différé d'Amortissement (3) Joindre le détail des prêts paliers

- 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%)
Garanties optionnelles : Ces garanties s'appliquent pour chaque assuré à l'ensemble des prêts.
 Assuré 1 Garantie Dos Garantie Psy Assuré 2 Garantie Dos Garantie Psy

Date d'acceptation de l'offre du/des prêt(s) :
 / /

Si vous choisissez une (ou deux) garantie(s) optionnelle(s), complétez et signez la dernière partie des formalités médicales "garanties optionnelles".
Pour les résidents des DROM, la franchise ITT est portée à 120 jours
Date d'effet de l'assurance = au plus tôt, 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 : _____ Code guichet : _____ Code banque : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____ e.mail : _____
 • **Entre la date de signature de la présente demande d'adhésion et la date d'acceptation ou refus du risque par l'assureur**, le bénéficiaire est celui indiqué à l'article 2 de la notice d'information, sauf avis contraire de votre part.

COTISATIONS : Assiette de calcul sur capital restant dû

Total des cotisations TTC annualisées de 1^{ère} année
 Assuré 1 _____ € Assuré 2 _____ €
Mode de Paiement : Prélèvements (minimum 10 € par assuré) : Mensuels Trimestriels Semestriels Annuels
Compléter et signer l'autorisation de prélèvement. Joindre un RIB, RIP ou RICE
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'Épargne et la Prévoyance (AMEP) et au contrat "CAFPI EMPRUNTEUR - en capital restant dû -" souscrit auprès de Sphéria Vie. Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la Notice d'Information (ref CGxx-0059-0006), le double de la présente demande d'adhésion et un modèle de lettre de renonciation. Je certifie sincères et exactes les indications portées à ce jour aux paragraphes ci-dessus ainsi qu'aux formalités médicales annexées à la présente demande. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances. Les statuts de l'AMEP sont disponibles sur simple demande auprès du siège de l'assureur, du siège de l'AMEP ou sur le site www.association-amep.fr

Fait à _____
 Date et signature de l'assuré 1 _____ Date et signature de l'assuré 2 _____

Exemplaire organisme financier Prêteur

D-xx-0077-0007

ASSURE 1 ■ Emprunteur ■ Caution

Qualité : Mlle Madame Monsieur
 Nom (ou raison sociale) : _____
 Nom de Jeune Fille : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de Naissance : _____
 Profession réellement exercée : _____
 Adresse Actuelle (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Adresse Acquisition (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Date de déménagement : _____ Téléphone : _____
 E-mail personnel : _____
 Salarié non cadre Salarié cadre Gérant Majoritaire
 Profession libérale Artisan/commerçant Retraité
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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 : _____
 Profession réellement exercée : _____
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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)	Type de taux	Durée (en mois) (2)	Différé d'amortissement (en mois)	Prêt par paliers O/N (3)	Quotité à assurer (Maxi 100% par assuré)		Bénéficiaire Assuré 1 ou 2 ou Organisme Financier Prêteur	Option choisie	
							Assuré 1	Assuré 2		Assuré 1	Assuré 2
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								

(1) Hors Assurance (2) Hors Différé d'Amortissement (3) Joindre le détail des prêts paliers

- 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%)
- Garanties optionnelles :** Ces garanties s'appliquent pour chaque assuré à l'ensemble des prêts.
 Assuré 1 Garantie Dos Garantie Psy Assuré 2 Garantie Dos Garantie Psy

Date d'acceptation de l'offre du/des prêt(s) :
 / /

Si vous choisissez une (ou deux) garantie(s) optionnelle(s), complétez et signez la dernière partie des formalités médicales "garanties optionnelles".
Pour les résidents des DROM, la franchise ITT est portée à 120 jours
Date d'effet de l'assurance = au plus tôt, 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 : _____ Code guichet : _____ Code banque : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____ e.mail : _____
- Entre la date de signature de la présente demande d'adhésion et la date d'acceptation ou refus du risque par l'assureur,** le bénéficiaire est celui indiqué à l'article 2 de la notice d'information, sauf avis contraire de votre part.

COTISATIONS : Assiette de calcul sur capital restant dû

Total des cotisations TTC annualisées de 1^{ère} année
 Assuré 1 _____ € Assuré 2 _____ €
Mode de Paiement : Prélèvements (minimum 10 € par assuré) : Mensuels Trimestriels Semestriels Annuels
Compléter et signer l'autorisation de prélèvement. Joindre un RIB, RIP ou RICE
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'Épargne et la Prévoyance (AMEP) et au contrat "CAFPI EMPRUNTEUR - en capital restant dû -" souscrit auprès de Sphéria Vie. Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la Notice d'Information (ref CGxx-0059-0006), le double de la présente demande d'adhésion et un modèle de lettre de renonciation. Je certifie sincères et exactes les indications portées à ce jour aux paragraphes ci-dessus ainsi qu'aux formalités médicales annexées à la présente demande. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances. Les statuts de l'AMEP sont disponibles sur simple demande auprès du siège de l'assureur, du siège de l'AMEP ou sur le site www.association-amep.fr

Fait à _____
 Date et signature de l'assuré 1 _____ Date et signature de l'assuré 2 _____

Exemplaire Intermédiaire

DAxx0077-0007

ASSURE 1 ■ Emprunteur ■ Caution

Qualité : Mlle Madame Monsieur
 Nom (ou raison sociale) : _____
 Nom de Jeune Fille : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de Naissance : _____
 Profession réellement exercée : _____
 Adresse Actuelle (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Adresse Acquisition (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Date de déménagement : _____ Téléphone : _____
 E-mail personnel : _____

Salarié non cadre Salarié cadre Gérant Majoritaire
 Profession libérale Artisan/commerçant Retraité
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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 : _____
 Profession réellement exercée : _____
 E-mail personnel : _____

Salarié non cadre Salarié cadre Gérant Majoritaire
 Profession libérale Artisan/commerçant Retraité
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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)	Type de taux	Durée (en mois) (2)	Différé d'amortissement (en mois)	Prêt par paliers O/N (3)	Quotité à assurer (Maxi 100% par assuré)		Bénéficiaire Assuré 1 ou 2 ou Organisme Financier Prêteur	Option choisie	
							Assuré 1	Assuré 2		Assuré 1	Assuré 2
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								

(1) Hors Assurance (2) Hors Différé d'Amortissement (3) Joindre le détail des prêts paliers

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%)

Garanties optionnelles : Ces garanties s'appliquent pour chaque assuré à l'ensemble des prêts.

Assuré 1 Garantie Dos Garantie Psy Assuré 2 Garantie Dos Garantie Psy

Si vous choisissez une (ou deux) garantie(s) optionnelle(s), complétez et signez la dernière partie des formalités médicales "garanties optionnelles".

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

Date d'effet de l'assurance = au plus tôt, date d'acceptation de l'offre de prêt par l'assuré. - Durée de l'assurance = Durée du prêt (sous réserve des limites de garanties)

Date d'acceptation de l'offre du/des prêt(s) :

/ /

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 : _____ Code guichet : _____ Code banque : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ e.mail : _____

• **Entre la date de signature de la présente demande d'adhésion et la date d'acceptation ou refus du risque par l'assureur**, le bénéficiaire est celui indiqué à l'article 2 de la notice d'information, sauf avis contraire de votre part.

COTISATIONS : Assiette de calcul sur capital restant dû

Total des cotisations TTC annualisées de 1^{ère} année

Assuré 1 _____ €

Assuré 2 _____ €

Mode de Paiement :

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

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

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'Épargne et la Prévoyance (AMEP) et au contrat "CAFPI EMPRUNTEUR - en capital restant dû -" souscrit auprès de Sphéria Vie. Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la Notice d'Information (ref CGxx-0059-0006), le double de la présente demande d'adhésion et un modèle de lettre de renonciation. Je certifie sincères et exactes les indications portées à ce jour aux paragraphes ci-dessus ainsi qu'aux formalités médicales annexées à la présente demande. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances. Les statuts de l'AMEP sont disponibles sur simple demande auprès du siège de l'assureur, du siège de l'AMEP ou sur le site www.association-amep.fr

Fait à _____

Date et signature de l'assuré 1

Date et signature de l'assuré 2

Intermédiaire : Vitae

Faculté de renonciation

Pendant 30 jours, vous pouvez réfléchir à la décision que vous venez de prendre et examiner en toute tranquillité la notice 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(e)..... demeurant à déclare renoncer à mon adhésion n°..... au contrat CAFPI EMPRUNTEUR EN CAPITAL RESTANT DÛ de SPHERIA Vie, dont la date d'effet est fixée au ../.../... et entends 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(e) 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.

ASSURE 1 ■ Emprunteur ■ Caution

Qualité : Mlle Madame Monsieur
 Nom (ou raison sociale) : _____
 Nom de Jeune Fille : _____
 Prénom(s) : _____
 Date de Naissance : _____
 Profession réellement exercée : _____
 Adresse Actuelle (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Adresse Acquisition (n°, type et nom de la voie) : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Date de déménagement : _____ Téléphone : _____
 E-mail personnel : _____
 Salarié non cadre Salarié cadre Gérant Majoritaire
 Profession libérale Artisan/commerçant Retraité
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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 : _____
 Profession réellement exercée : _____
 E-mail personnel : _____
 Salarié non cadre Salarié cadre Gérant Majoritaire
 Profession libérale Artisan/commerçant Retraité
 Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) : -20 000 km/an +20 000 km/an
 Activité professionnelle exercée avec manutention ou travaux manuels réguliers ? OUI NON
 Activité professionnelle exercée à plus de 15 mètres de hauteur ? OUI NON
 Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si non, signer et dater 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 de la présente demande 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)	Type de taux	Durée (en mois) (2)	Différé d'amortissement (en mois)	Prêt par paliers O/N (3)	Quotité à assurer (Maxi 100% par assuré)		Bénéficiaire Assuré 1 ou 2 ou Organisme Financier Prêteur	Option choisie	
							Assuré 1	Assuré 2		Assuré 1	Assuré 2
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								
	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V								

(1) Hors Assurance (2) Hors Différé d'Amortissement (3) Joindre le détail des prêts paliers

- 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%)
Garanties optionnelles : Ces garanties s'appliquent pour chaque assuré à l'ensemble des prêts.
 Assuré 1 Garantie Dos Garantie Psy Assuré 2 Garantie Dos Garantie Psy

Date d'acceptation de l'offre du/des prêt(s) :
 / /

Si vous choisissez une (ou deux) garantie(s) optionnelle(s), complétez et signez la dernière partie des formalités médicales "garanties optionnelles".
Pour les résidents des DROM, la franchise ITT est portée à 120 jours
Date d'effet de l'assurance = au plus tôt, 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 : _____ Code guichet : _____ Code banque : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____ e.mail : _____

• **Entre la date de signature de la présente demande d'adhésion et la date d'acceptation ou refus du risque par l'assureur**, le bénéficiaire est celui indiqué à l'article 2 de la notice d'information, sauf avis contraire de votre part.

COTISATIONS : Assiette de calcul sur capital restant dû

Total des cotisations TTC annualisées de 1^{ère} année
 Assuré 1 _____ € Assuré 2 _____ €

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

Compléter et signer l'autorisation de prélèvement. Joindre un RIB, RIP ou RICE
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'Épargne et la Prévoyance (AMEP) et au contrat "CAFPI EMPRUNTEUR - en capital restant dû -" souscrit auprès de Sphéria Vie. Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la Notice d'Information (ref CGxx-0059-0006), le double de la présente demande d'adhésion et un modèle de lettre de renonciation. Je certifie sincères et exactes les indications portées à ce jour aux paragraphes ci-dessus ainsi qu'aux formalités médicales annexées à la présente demande. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances. Les statuts de l'AMEP sont disponibles sur simple demande auprès du siège de l'assureur, du siège de l'AMEP ou sur le site www.association-amep.fr

Fait à _____
 Date et signature de l'assuré 1 _____ Date et signature de l'assuré 2 _____

Exemplaire Assuré 2

DAxx0077-0007

RECTO Adhérent en bas Autorisation de Prélèvement

AUTORISATION DE PRELEVEMENT - CAFPI EMPRUNTEUR - en capital restant dû -

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier.

N° National d'Emetteur

443571

Nom, prénoms et adresse du titulaire du compte

.....
.....
.....

Nom et adresse du créancier

SPHERIA VIE
10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS

Compte à débiter

Banque	Guichet	Numéro de compte	Clé RIB
.....
IBAN		BIC	

.....

Nom et adresse de l'établissement teneur de mon compte

.....
.....
.....

Fait à
le

Signature :

Le traitement de cette autorisation de prélèvement nécessite que toutes ces rubriques soient intégralement complétées.
Prière de remplir et renvoyer cet imprimé en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE)

Faculté de renonciation

Pendant 30 jours, vous pouvez réfléchir à la décision que vous venez de prendre et examiner en toute tranquillité la notice 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(e)..... demeurant à déclare renoncer à mon adhésion n°..... au contrat CAFPI EMPRUNTEUR EN CAPITAL RESTANT DÛ de SPHERIA Vie, dont la date d'effet est fixée au ../.../... et entends 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(e) 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.