

ASSURÉ 1

M. Mme Mlle
Nom : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____ Né(e) le : _____
Commune et pays de naissance : _____
Situation familiale/Régime matrimonial¹ : _____
Classe professionnelle² : A B C D Profession : _____
Travail à l'étranger³ : Oui Non Pays : _____
Êtes-vous fumeur⁴ ? Oui Non

Déclaration Spéciale Non Fumeur

- Je soussigné déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois.
- Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Cette déclaration est faite sur l'honneur.

Fait à _____, le _____ / _____ / _____ Signature

ASSURÉ 2

M. Mme Mlle
Nom : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____ Né(e) le : _____
Commune et pays de naissance : _____
Situation familiale/Régime matrimonial¹ : _____
Classe professionnelle² : A B C D Profession : _____
Travail à l'étranger³ : Oui Non Pays : _____
Êtes-vous fumeur⁴ ? Oui Non

Déclaration Spéciale Non Fumeur

- Je soussigné déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois.
- Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Cette déclaration est faite sur l'honneur.

Fait à _____, le _____ / _____ / _____ Signature

ADRESSE ACTUELLE

Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

ADRESSE FUTURE

Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

ENTREPRISE CONTRACTANTE

Raison Sociale / Forme juridique : _____ Date de création : _____ Représentant légal : _____
Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____
N° Siret : _____ Code division et classe NAF : _____

PRÊTS À GARANTIR

	Nominal emprunté	Périodicité échéances (M-T-S-A)	Durée de l'amortissement ⁵ (en mois)	Durée du différé ⁵ (en mois)	Type amortissement ⁶	Taux ⁷ (Indiquer Cap et Floor si taux variable)	Objet du prêt ⁸ (Habitat classique, habitat primo accédant, habitat inv. locatif, professionnel, conso, restructuration)	Date de signature de l'offre de prêt : _____/_____/_____ Date de déblocage des fonds : _____/_____/_____
Prêt 1								
Prêt 2								
Prêt 3								
Prêt 4								

COORDONNÉES DE L'ORGANISME PRÊTEUR, BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES

Nom : _____ Code établissement : _____ Code guichet : _____

GARANTIES⁹

	ASSURÉ 1				ASSURÉ 2			
	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Quotité assurée*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Incapacité Temporaire et Totale de travail et Invalidité Permanente Quotité assurée*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Franchise (30 j, 60 j, 90 j, 120 j, 180 j)								
Rachat d'exclusions ¹⁰								
Pathologies discales et vertébrales : + 18 % sur le tarif ITT/IPP/IPT		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Pathologies d'origine psychique : + 7 % sur le tarif ITT/IPP/IPT		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Activités sportives, précisez								
Assiette de cotisation ¹¹	<input type="checkbox"/> CRD âge évolutif <input type="checkbox"/> CRD âge constant <input type="checkbox"/> Nominal				<input type="checkbox"/> CRD âge évolutif <input type="checkbox"/> CRD âge constant <input type="checkbox"/> Nominal			
Périodicité des cotisations ¹²	<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Mensuelle				<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Mensuelle			
Montant des capitaux décès déjà assurés								

*La quotité ne peut être supérieure à 100 % par Assuré par Garantie - La quotité ITT/IP ne peut être supérieure à la quotité Décès - **Frais de fractionnement : mensuel 3 % ; trimestriel 2 % ; semestriel 1,5 % - Frais de dossiers : 10 € par prêt par Assuré

J'autorise le prélèvement sur mon compte des sommes dont je serai redevable au titre des cotisations de mon adhésion au contrat SÉRÉVI EMPRUNTEUR. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice (Réf. : 3325-2) et l'avoir acceptée et je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L. 113-8 du code des assurances qui indique : "l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre". Je suis informé que l'adhérent qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Pour ce faire, j'aviserai SURAVENIR par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest Cedex 9, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : "Je soussigné(e) (Nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat Sérévi Emprunteur que j'ai conclu le ..., Fait à ..., le ... Signature". Les informations recueillies dans le présent acte, ainsi que toutes informations saisies à son occasion ou extraites d'informations déjà fournies sont obligatoires. À défaut, l'adhésion ne peut être réalisée ou les informations complètement traitées. Elles ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure à la société SURAVENIR ou (et) à ses mandataires, que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales ou réglementaires. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 6 août 2004. L'enregistrement de la présente demande est confirmé par un certificat d'adhésion.

Signature de l'entreprise contractante

Lu et approuvé

Date : _____ / _____ / _____

Signature de l'Assuré 1

Lu et approuvé

Date : _____ / _____ / _____

Signature de l'Assuré 2

Lu et approuvé

Date : _____ / _____ / _____

ASSURÉ 1

M. Mme Mlle
Nom : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____ Né(e) le : _____
Commune et pays de naissance : _____
Situation familiale/Régime matrimonial¹ : _____
Classe professionnelle² : A B C D Profession : _____
Travail à l'étranger³ : Oui Non Pays : _____
Êtes-vous fumeur⁴ ? Oui Non

Déclaration Spéciale Non Fumeur

- Je soussigné déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois.
- Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Cette déclaration est faite sur l'honneur.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____ Signature _____

ASSURÉ 2

M. Mme Mlle
Nom : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____ Né(e) le : _____
Commune et pays de naissance : _____
Situation familiale/Régime matrimonial¹ : _____
Classe professionnelle² : A B C D Profession : _____
Travail à l'étranger³ : Oui Non Pays : _____
Êtes-vous fumeur⁴ ? Oui Non

Déclaration Spéciale Non Fumeur

- Je soussigné déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois.
- Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Cette déclaration est faite sur l'honneur.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____ Signature _____

ADRESSE ACTUELLE

Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

ADRESSE FUTURE

Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

ENTREPRISE CONTRACTANTE

Raison Sociale / Forme juridique : _____ Date de création : _____ Représentant légal : _____
Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____
N° Siret : _____ Code division et classe NAF : _____

PRÊTS À GARANTIR

	Nominal emprunté	Périodicité échéances (M-T-S-A)	Durée de l'amortissement ⁵ (en mois)	Durée du différé ⁵ (en mois)	Type amortissement ⁶	Taux ⁷ (Indiquer Cap et Floor si taux variable)	Objet du prêt ⁸ (Habitat classique, habitat primo accédant, habitat inv. locatif, professionnel, conso, restructuration)	Date de signature de l'offre de prêt : ____ / ____ / ____
Prêt 1								Date de déblocage des fonds : ____ / ____ / ____
Prêt 2								
Prêt 3								
Prêt 4								

COORDONNÉES DE L'ORGANISME PRÊTEUR, BÉNÉFICIAIRE DES GARANTIES

Nom : _____ Code établissement : _____ Code guichet : _____

GARANTIES⁹

	ASSURÉ 1				ASSURÉ 2			
	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quotité assurée*								
Incapacité Temporaire et Totale de travail et Invalidité Permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quotité assurée*								
Franchise (30 j, 60 j, 90 j, 120 j, 180 j)								
Rachat d'exclusions ¹⁰								
Pathologies discales et vertébrales : + 18 % sur le tarif ITT/IPP/IPT		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Pathologies d'origine psychique : + 7 % sur le tarif ITT/IPP/IPT		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Activités sportives, précisez								
Assiette de cotisation ¹¹	<input type="checkbox"/> CRD âge évolutif <input type="checkbox"/> CRD âge constant <input type="checkbox"/> Nominal				<input type="checkbox"/> CRD âge évolutif <input type="checkbox"/> CRD âge constant <input type="checkbox"/> Nominal			
Périodicité des cotisations ¹²	<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Mensuelle				<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Mensuelle			
Montant des capitaux décès déjà assurés								

*La quotité ne peut être supérieure à 100 % par Assuré par Garantie - La quotité ITT/IP ne peut être supérieure à la quotité Décès - **Frais de fractionnement : mensuel 3 % ; trimestriel 2 % ; semestriel 1,5 % - Frais de dossiers : 10 € par prêt par Assuré

J'autorise le prélèvement sur mon compte des sommes dont je serai redevable au titre des cotisations de mon adhésion au contrat SÉRÉVI EMPRUNTEUR. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice (Réf. : 3325-2) et de l'avoir acceptée et je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l'article L. 113-8 du code des assurances qui indique : "l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre". Je suis informé que l'adhérent qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Pour ce faire, j'aviserai SURAVENIR par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest Cedex 9, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : "Je soussigné(e) (Nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat Sérévi Emprunteur que j'ai conclu le ..., Fait à ..., le ... Signature". Les informations recueillies dans le présent acte, ainsi que toutes informations saisies à son occasion ou extraites d'informations déjà fournies sont obligatoires. À défaut, l'adhésion ne peut être réalisée ou les informations complètement traitées. Elles ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure à la société SURAVENIR ou (et) à ses mandataires, que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales ou réglementaires. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 6 août 2004. L'enregistrement de la présente demande est confirmé par un certificat d'adhésion.

Signature de l'entreprise contractante

Lu et approuvé

Date : ____ / ____ / ____

Signature de l'Assuré 1

Lu et approuvé

Date : ____ / ____ / ____

Signature de l'Assuré 2

Lu et approuvé

Date : ____ / ____ / ____