AFi europe
Groupe Esca

Contrat d'assurance sur la vie

Pérénim

corimo

- PROPOSITION D'ASSURANCE -

Code : 2 6 5 6 Sous-code : ___ Code stat : ___ Référence Interne : _____

PERSONNE À ASSURER — A REMPLIR EN MAJUSCULES

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom, prénom : _____ Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : __/__/____ Nationalité : _____ **Profession exacte :** _____

Références et date de délivrance du document d'identité présenté : _____

Adresse actuelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __ Adresse email : _____

SOUSCRIPTEUR (Si différent de la personne à assurer) — A REMPLIR EN MAJUSCULES

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Société (*)

Nom, prénom ou Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Statut juridique(*) : _____ N° SIREN(*) : _____

(*) Joindre extrait Kbis de moins de 3 mois

Nom du correspondant représentant la Société(*) : _____ Téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PRET(S)

Objet du(des) prêt(s) : ☐ Achat résidence principale ☐ Prêt professionnel _____

☐ Autres (à préciser) : _____

Prêt n°	Montant initial du prêt	Quotité à garantir %	Durée totale du prêt (différé inclus, en mois)	Différé d'amortissement (en mois) (*)	Taux d'intérêt	Type de taux		Type de prêt		
						Fixe	Variable	Prêt amortissable	Prêt in fine(*)	Autre (à préciser)
1	€					☐	☐	☐	☐	☐ _____
2	€					☐	☐	☐	☐	☐ _____
3	€					☐	☐	☐	☐	☐ _____
4	€					☐	☐	☐	☐	☐ _____

(*) En cas de prêt in fine ou de prêt amortissable avec différé, y a t-il remboursement des intérêts pendant la période de différé : ☐ OUI ☐ NON

Si NON, veuillez préciser le montant à garantir (capital + intérêts de la période de différé) : _____ €

GARANTIES

Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ☒

Invalidité Permanente Totale ☐

Incapacité Temporaire Totale (franchise 90 jours) ☐

Perte d'emploi ☐

Date d'effet souhaitée : __/__/____

Déblocage des fonds prévu à cette date: ☐ OUI ☐ NON

Date de prélèvement souhaitée : ☐ Le 6 de chaque mois ☐ Le 20 de chaque mois

BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES

☐ Organisme prêteur : _____

Adresse complète : _____

N° téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __ N° fax : __ __ __ __ __ __ __ __ Nom du correspondant : _____

☐ Autre(s) bénéficiaire(s) à préciser : _____

PRIME (minimum 20 € par échéance)

☐ Variable ☐ Constante

Périodicité : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle ☐ Unique

Frais de dossier : 20 € Montant de la première prime : _____ €

4700-01 / DAGEA_COR_0707 / 1er feuillet : Compagnie | 2ème feuillet : Conseil Agréé | 3ème feuillet : Souscripteur ou personne à assurer

TARIFICATIONS SPÉCIFIQUES	Joindre obligatoirement une copie du projet établi
Déclaration sur l'honneur (ne pas raturer, ni surcharger)	**Date et signature de la personne à assurer**
NON FUMEURS Je déclare : - ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date de souscription (60 mois dans le cas où je serais âgé de plus de 80 ans au terme du contrat) - ne pas avoir cessé de fumer sur demande du corps médical	Fait le : _____ Signature :
VLR Je déclare : - être cadre, chef d'entreprise ou profession libérale - ne pas exercer d'activité dangereuse - ne pas effectuer de déplacements professionnels (hors transports collectifs) de plus de 15 000 kms/an	Fait le : _____ Signature :
PHARMACIENS Je déclare que le prêt objet de la présente demande d'assurance est lié à l'achat d'une pharmacie ou à son aménagement.	Fait le : _____ Signature :

Je soussigné(e),

- Demande à souscrire au contrat d'Assurance PERENIM.
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la note d'information PERENIM (Réf. NIGEA_PERENIM_0707) définissant les garanties dudit contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- En cas de souscription à la garantie Perte d'emploi, je déclare être admissible à cette garantie selon les conditions de souscription mentionnées dans la note d'information PERENIM GARANTIE CHOMAGE (réf. NICHO_PERENIM_0707) dont je reconnais avoir reçu un exemplaire.
- **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 et rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, de tout organisme professionnel concerné et réassureur ; ce droit s'exerce au siège de l'Assureur (Loi 78.17 du 06.01.1978).

Fait à : _____

le : _____

Signature du Souscripteur (Lu et approuvé)	Signature de la personne à assurer (Lu et approuvé)	Signature du Conseil Agréé

AFI Europe - Compagnie d'Assurance sur la vie - Entreprise régie par le Code des Assurances
S.A. au capital de 7 000 000 € - 352 320 048 RCS LILLE
4, square Dutilleul - 59042 LILLE Cedex - Fax. : 03 20 30 82 09 - **www.afi-europe.com**

CADRE RESERVÉ À LA COMPAGNIE

N° CONTRAT : _____

N° ASSURE : _____

N° SOUSCRIPTEUR : _____

N° PAYEUR : _____

N° BENEFICIAIRE : _____

CUMUL : ☐ OUI ☐ NON _____

N° CONTRATS CONCERNÉS : _____

COMMENTAIRES

_____

_____

_____

_____

_____

ATTENTION : N'oubliez pas de compléter l'autorisation de prélèvement et le questionnaire de santé.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT 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 désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend avec le créancier.

N° NATIONAL ÉMETTEUR
387434

Nom et adresse du Titulaire du compte à débiter :

_____

_____

_____

Compte à débiter :

Code Établissement	Code Guichet	N° de compte	Clé RIB

IBAN (Identifiant international) | Code BIC

Fait à : _____, le : _____

Signature :

Nom et adresse du Créancier :

4, square Dutilleul - 59042 LILLE Cedex

Nom et adresse de l'Établissement teneur du compte :

_____

_____

_____

PRIÈRE DE REMPLIR ET DE RENVOYER CE DOCUMENT EN Y JOIGNANT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE, POSTAL OU DE CAISSE D'ÉPARGNE

Référence contrat : _____