



Demande d'admission au Contrat n° 4040
Garanties Décès/PTIA/Incapacité Temporaire de Travail/ Invalidité Permanente

Code Courtier : _____ Nom Courtier : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A ASSURER

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____
 Nom de jeune fille : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____
 1^{RE} Nationalité : _____ 2^E Nationalité : _____
 Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution

Etes-vous résident fiscal français ? Oui Non Si « Non » précisez le pays de résidence fiscale : _____
 Exercez-vous ou avez-vous exercé au cours des 12 derniers mois pour le compte de l'Etat français ou d'un Etat étranger, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, membre de direction d'une entreprise publique...)?* Oui Non
 Est-ce que l'un de vos proches (membre direct de votre famille ou personnes étroitement associées) exerce ou a exercé au cours des 12 derniers mois pour le compte de l'Etat français ou d'un Etat étranger, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ?* Oui Non
 * En application de l'article R 561-20 II du Code monétaire et financier (Personne Politiquement Exposée).

Profession exacte : _____
 • Nombre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) : _____ - de 20 000 km/an + de 20 000 km/an
 • Exercez-vous une activité de travaux manuels ou de manutention régulière dans votre travail ? OUI NON
 • Lors de votre activité professionnelle effectuez-vous des manipulations / manutentions lourdes ou utilisez-vous des produits dangereux ? OUI NON
 • Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 3 mètres de hauteur ? OUI NON
 • Souhaitez-vous être garanti pour un sport à risque ? OUI NON
 Catégorie Socio-professionnelle : CSP1 : CSP2 : CSP3 : CSP4 :
 Les CSP sont déterminées par la simulation effectuée sur le site internet de votre conseiller.

Statut tabagique :
 Vous êtes fumeur (y compris de cigarette électronique) ou vous avez arrêté de fumer depuis moins de 24 mois
 Vous êtes non-fumeur

Adresse actuelle du domicile principal : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél. portable : _____ Adresse mail : _____
 Adresse de l'acquisition immobilière : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Je certifie que la destination du prêt objet de la couverture d'assurance, sera l'acquisition d'un bien immobilier situé en France métropolitaine.

CARACTERISTIQUES DU (DES) PRÊT(S) A ASSURER

Prêt	Nature du prêt (amortissable, taux zéro, à paliers, in fine, relais)	Capital emprunté (en €)	Durée (en mois)	Dont différé (en mois)	Taux Nominal (en %)	Quotité à Assurer (en %)	Organisme prêteur Indiquer : Nom de l'organisme, Adresse, Code Postal, Ville
1							
2							
3							

Capitaux restant dus déjà assurés auprès d'AXA (après application de la quotité) _____ €	+	Nouveaux capitaux à assurer (après application de la quotité) _____ €	=	Capital total à assurer _____ €
--	---	---	---	---------------------------------

GARANTIES DEMANDEES

Formule 1 <input type="checkbox"/>	Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)	<input type="checkbox"/> Prêt 1 <input type="checkbox"/> Prêt 2 <input type="checkbox"/> Prêt 3
Formule 2 <input type="checkbox"/>	Décès / P.T.I.A. / Incapacité de Travail (ITT) / Invalidité permanent Totale (IPT)	<input type="checkbox"/> Prêt 1 <input type="checkbox"/> Prêt 2 <input type="checkbox"/> Prêt 3
Formule 3 <input type="checkbox"/>	Décès / P.T.I.A. / Incapacité de Travail (ITT) / Invalidité permanent Totale (IPT) / Invalidité Permanente Partielle (IPP)	<input type="checkbox"/> Prêt 1 <input type="checkbox"/> Prêt 2 <input type="checkbox"/> Prêt 3

Caractéristiques de la garantie ITT/IPT/IPP

Options :

- ❖ Souhaitez-vous être garanti(e) au titre des maladies psychiques et psychiatriques et de celles du rachis, listées à l'article 14 de la notice d'information dans le paragraphe Risques Exclus ? Oui Non



Demande d'admission au Contrat n° 4040
Garanties Décès/PTIA/Incapacité Temporaire de Travail/ Invalidité Permanente

DATE D'EFFET DES GARANTIES

Je déclare opter pour une prise d'effet de l'assurance de la totalité de mes prêts, à la date :

d'acceptation de l'offre de prêt

du (jj/mm/aaaa) _____

(limité à 180 jours suivant la signature de la demande d'admission. Si un versement est effectué avant cette date, la date d'effet de l'assurance et des garanties sera celle du premier versement des fonds).

Sans mention de ma part notifiée ci-dessus, la date d'effet de l'assurance est la date d'acceptation de l'offre de prêt.

Dans tous les cas visés ci-dessus, l'assurance prend effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, au plus tôt à la date d'acceptation des risques par l'assureur.

COTISATIONS

Périodicité des prélèvements : mensuelle

Joindre la demande de prélèvement SEPA accompagnée d'un RIB ou RIP. Les droits d'adhésion annuels à l'association APPSR de 8 € par personne assurée seront prélevés à l'adhésion puis au mois de janvier pour les années suivantes. Les frais de dossier de 20€ seront prélevés avec la première cotisation.

DECLARATIONS DE LA PERSONNE A ASSURER

Je soussigné(e), déclare adhérer à l'APPSR, Association loi de 1901 - 10 rue des Pavillons – 92 800 PUTEAUX, pour laquelle je m'engage à payer chaque année la cotisation d'un montant de 8 euros, et **demande à adhérer** simultanément au contrat d'assurance n° 4040 souscrit par l'APPSR auprès d'AXA FRANCE VIE.

Je désigne l'organisme (les organismes) prêteur(s) des prêts cités ci-dessus comme bénéficiaire de l'ensemble des garanties, à concurrence des sommes dues.

Je certifie avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat n° 4040, qui précise notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation, et en accepter tous les termes et rester en possession de l'exemplaire qui m'est destiné

Je déclare avoir pris connaissance de l'article L113-8 du Code des assurances, dont un extrait est reproduit dans la notice d'information.

Je reconnais savoir qu'en cas de décès, le versement de la prestation sera subordonné à la production d'un certificat médical indiquant notamment les causes du décès.

Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de ma demande d'admission par l'assureur, responsable du traitement.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations relatives à la convention AERAS et au « droit à l'oubli » de la notice d'information, ainsi que la Fiche Standardisée d'Information et en avoir pris connaissance.

Je déclare être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières prononcées au titre des articles L.562-1 et suivants du code monétaire et financier.

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme. »

INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html



Demande d'admission au Contrat n° 4040
Garanties Décès/PTIA/Incapacité Temporaire de Travail/ Invalidité Permanente

<p>DÉCISION DE L'ASSURANCE :</p> <p><input type="checkbox"/> ACCEPTATION</p> <p><input type="checkbox"/> EN ATTENTE AVIS ASSUREUR</p>	<p>Fait à : _____ </p> <p>Le (jj/mm/aaaa) : _____ </p> <p>Veillez parapher toutes les pages de cette demande d'admission. <i>Signature de la personne à assurer,</i></p>
---	--

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours.

La présente demande d'admission une fois signée vaudra conditions particulières de votre garantie d'assurance constituée du présent bulletin et de la notice d'information valant conditions générales.