

**Personne à assurer**

Qualité :  Emprunteur  Co-emprunteur  Caution

M.  Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Situation Familiale : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Commune de naissance : \_\_\_\_\_  
 Code postal de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_  
 Tel fixe : \_\_\_\_\_ Tel mobile : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_  
 Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Nouvelle adresse : \_\_\_\_\_ À compter du : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Profession exacte : \_\_\_\_\_ Statut professionnel : \_\_\_\_\_

- Nombre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) :  - de 15 000 km/an  + de 15 000 km/an
- Exercez-vous une activité professionnelle avec travaux manuels ou de manutention régulière ? (port de charge, manipulation de patient et/ou position debout)  Oui  Non
- Exercez-vous une activité professionnelle en hauteur (supérieure à 3 mètres) ?  Oui  Non

- Etes-vous une Personne Politiquement Exposée ? (définition en page 5)  Oui  Non
- Etes-vous membre de la famille d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits avec une Personne Politiquement Exposée ?  Oui  Non

**Déclaration fumeur / non-fumeur**

Je suis fumeur  Je suis non-fumeur

« En indiquant être non-fumeur, vous certifiez ne pas avoir consommé de tabac ou de cigarette électronique, même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois, et ne pas avoir cessé de fumer sur demande expresse du corps médical. »

**Prêts Garantis (1/2)**

Type de projet :  Nouveau projet  Reprise

Objet du financement : \_\_\_\_\_

	Prêt n°1		Prêt n°2		Prêt n°3		Prêt n°4	
Type du prêt								
Capital emprunté / Capital Restant Dû ( en € )								
Taux du prêt								
Type de taux du prêt								
Durée initiale / Durée restante du prêt ( en mois )								
Dont différé de ( en mois )								
Type de différé								
Prêt par paliers								
Détails des paliers	Montant	Durée	Montant	Durée	Montant	Durée	Montant	Durée
Palier 1 :								
Palier 2 :								
Palier 3 :								
Palier 4 :								

## Prêts Garantis (2/2)

Caractéristiques du prêt	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Encours déjà assurés auprès de AESIO ( tous prêts confondus )				
Périodicité de paiement des cotisations	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle

## Choix des options de garanties (1)

	Prêt n°1		Prêt n°2		Prêt n°3		Prêt n°4	
	Choix	Quotité (2)	Choix	Quotité (2)	Choix	Quotité (2)	Choix	Quotité (2)
Décès	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
PTIA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
IPT Standard	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
IPT Capital	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ITT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
IPP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
IP PRO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

(1) PTIA = Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ; ITT = Incapacité Temporaire Totale ; IPT = Invalidité Permanente Totale ;

IPT Capital = Invalidité Permanente Totale dont la prestation est en capital ; IPP = Invalidité Permanente Partielle ; IP PRO = Invalidité Permanente Professionnelle.

(2) Quotité exprimée en pourcentage, ne pouvant excéder 100%. Les quotités IPT/ IPT Capital/ ITT/ IPP doivent être identiques.

## Franchise ITT

- 30 jours       60 jours       90 jours  
 120 jours       180 jours

## Options

Prolongement des garanties facultatives entre 67 ans et 70 ans si l'assuré exerce toujours une activité professionnelle rémunérée :  Oui  Non

Exonération des cotisations :  Totale  Partielle

## Adhérent ( si différent de la personne à assurer. En cas de prêt professionnel, l'adhérent est obligatoirement la société ou l'entrepreneur individuel. )

Personne Morale : \_\_\_\_\_ Représentant Personne Morale : \_\_\_\_\_ SIREN : \_\_\_\_\_

M.  Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Commune de naissance : \_\_\_\_\_ Code postal de naissance : \_\_\_\_\_

Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## Organisme prêteur

Nom / Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## Bénéficiaire

- Organisme Financier  Autre \*

## \* Clause standard :

Le conjoint de l'assuré(e), non séparé de corps judiciairement ou à la personne liée à l'assuré(e) par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers de l'assuré(e).

## Clause particulière :

Si personne(s) physique(s) préciser Nom(s) Prénom(s), date(s) et lieu(x) de naissance et adresse(s). En cas de pluralité de personnes physiques, précisez priorité(rang) et part(%)

**Date d'effet**

Date d'effet de l'assurance (\*) : \_\_\_\_\_

qui correspond à :  Date de 1<sup>er</sup> déblocage de prêt  Date de signature de l'offre de prêt  Date mentionnée ci-dessus (pour les prêts déjà en cours)

(\*) Sous réserve qu'à cette date, l'assureur ait accepté l'adhésion et que l'assuré ait donné son accord en cas d'acceptation à des conditions particulières, le cas échéant en cas de vente à distance, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus qui court à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu et en l'absence de demande express de l'adhérent formalisée dans l'encart «vente à distance» pour une prise d'effet anticipée des garanties.

**Déclaration de la personne à assurer et de l'adhérent ( le cas échéant ) ( 1/2 )**

Le candidat à l'assurance demande à adhérer à L'ASSOCIATION DE PROMOTION DE PRÉVOYANCE, SANTÉ ET RETRAITE » (sis 120 avenue de Général Leclerc 75014 PARIS) et à la convention E02342682EMPR souscrite par elle auprès de AESIO Mutuelle, mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391, dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.

Je soussigné(e) :  M  Mme Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

- déclare avoir été informé(e) des frais de dossier de 25 euros exigible une seule fois, par assuré qui seront prélevés en même temps que la 1<sup>ère</sup> cotisation.
- si je ne suis pas déjà membre de l'association « ASSOCIATION PROMOTION DE PRÉVOYANCE, SANTÉ ET RETRAITE » (sis 120 avenue de Général Leclerc 75014 PARIS), je demande à y adhérer et je déclare avoir pris connaissance de ses statuts (consultables sur demande). La qualité d'adhérent à l'association est acquise par le versement d'un droit d'adhésion non remboursable, qui sera prélevé tous les ans à la date anniversaire de l'adhésion pour un montant de 5 euros. Si je suis déjà adhérent à cette association au titre d'un autre contrat, cette cotisation ne sera pas due.
- déclare accepter d'être assuré(e) au titre du contrat KALA EMPRUNTEUR E02342682EMPR.
- déclare avoir reçu et pris connaissance du document intitulé «NOTICE D'INFORMATION – CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT KALA EMPRUNTEUR E02342682EMPR version juin 2022», définissant les garanties dudit contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de sinistre préalablement à la présente demande d'adhésion, en acceptant tous les termes et rester en possession d'un exemplaire. Je reconnais que mon Conseiller m'a bien remis le document d'information normalisé sur le produit d'assurance et la Fiche standardisée d'Information.
- **certifie exactes** et sincères les réponses apportées à la présente demande d'adhésion et au questionnaire de santé qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'Assureur et que la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux articles L221-14 ou L221-15 du Code de la Mutualité dont les textes sont reproduits dans la notice d'information.
- déclare avoir été informé(e) de la possibilité d'envoyer la demande d'adhésion et le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, FOREVER Service Médical, 120 avenue du Général Leclerc CS 10029 75680 PARIS CEDEX 14.
- déclare avoir pris connaissance de la convention AERAS ([www.aeras.fr](http://www.aeras.fr)) et du document d'information AERAS relatif au droit à l'oubli dont j'ai reçu un exemplaire.
- déclare avoir été informé(e) que l'organisme prêteur est le bénéficiaire acceptant des prestations garanties, à concurrence des sommes qui lui sont dues. Il est convenu qu'aucune modification de l'adhésion ne pourra avoir lieu sans le consentement de l'organisme prêteur. Celui-ci sera informé en cas de non-paiement éventuel des cotisations.
- déclare, lorsque l'assuré est également l'adhérent, être à jour de mes cotisations d'assurance de prêt, dans le cas d'une substitution d'assurance. Lorsque l'adhérent est différent de l'assuré, l'adhérent déclare être à jour de ses cotisations d'assurance de prêt, dans le cas d'une substitution d'assurance.
- déclare, dans le cas d'un montant assuré inférieur à 200 000€ et d'un âge au terme inférieur à 60 ans et si le contrat de crédit s'inscrit dans le cadre du 1°) de l'Article L313-1 du Code de la Consommation, avoir des encours immobiliers assurés supérieurs à 200 000€.

**Déclaration de la personne à assurer et de l'adhérent le cas échéant ( 2/2 )****L'assuré(e) et le cas échéant l'adhérent certifie(nt) être informé(e)s de :**

Les données collectées font l'objet de traitements informatiques ayant pour finalité d'enregistrer et de traiter la demande d'adhésion au contrat d'Assurance ainsi que sa gestion et son exécution. Le responsable de traitement pour l'adhésion et la gestion du contrat est MAGNOLIA. Les données collectées, y compris les données de santé, sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés de MAGNOLIA et de Aésio MUTUELLE, ainsi que le cas échéant, à leurs sous-traitants, partenaires, réassureurs ou aux organismes professionnels concernés. En cas de conclusion de l'adhésion, les données personnelles communiquées par les personnes intéressées ou générées du fait de l'adhésion sont conservées par MAGNOLIA pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce en fonction du type de données collectées. En l'absence de conclusion du contrat, les données peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter leur collecte par MAGNOLIA ou du dernier contact émanant du prospect (demande de renseignement ou de documentation par exemple).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au le Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (ou « RGDP »), vous disposez en tant qu'adhérent et/ou assuré, d'un droit d'accès et de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, d'un droit d'opposition au traitement, d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité à l'adresse suivante : MAGNOLIA, 12 rue Pierres Gilles de Gennes CS40412 76137 Mont Saint Aignan. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du Médecin Conseil : MAGNOLIA /FOREVER 120 avenue du Général Leclerc CS10029 75680 PARIS CEDEX 14 ;

MAGNOLIA a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@magnolia.fr. Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) en écrivant à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

Pour plus d'informations sur le traitement mis en oeuvre, vous reportez à l'article «*protection des données*» des conditions contractuelles. Pour connaître la liste des distributeurs et entités assurantielles ainsi que la liste de leurs partenaires contractuels et institutionnels, veuillez consulter la politique de protection des données sur le site web «**MAGNOLIA.FR**».

En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)). Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

J'accepte les Conditions Générales du site et la Politique de données personnelles,

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

*Signature de la personne à assurer précédée de «Lu et approuvé»*

*Signature de l'adhérent (Si différent de la personne à assurer)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*La décision favorable de l'assureur est valable 6 mois\*(*\*12 mois dans le cadre d'une reprise Bourquin*), elle vous sera communiquée par l'envoi d'une proposition d'assurance et/ou du certificat d'adhésion*

## Vente À Distance

En cas de Vente A Distance, les garanties ne prennent normalement effet qu'à l'issue du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, qui court à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu. Sur demande expresse de l'adhérent, la date d'effet des garanties peut être anticipée.

Je demande à ce que mes garanties prennent effet à la date indiquée dans l'encart «Date d'effet de l'assurance» sans attendre l'expiration du délai de renonciation de 30 jours.

Pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée dans cette demande d'adhésion est antérieure à la date d'expiration du dit délai de renonciation, l'adhérent reconnaît l'avoir expressément demandé et avoir été informé qu'il conserve cependant la faculté de renoncer jusqu'à l'expiration du délai ci-dessus mentionné.

Cette renonciation peut être faite par retour du bordereau ci-dessous complété et signé et envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

**Je soussigné(e) :**  M  Mme **Nom** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_  
**demeurant** \_\_\_\_\_ ,

déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance KALA EMPRUNTEUR E02342682EMPR, conclue sous la référence n° \_\_\_\_\_ . Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

### Définition :

- Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui exerce ou a exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou encore, une haute fonction pour le compte d'une institution internationale publique : chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission Européenne ; membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ; membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ; membre d'une cour des comptes ; dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ; ambassadeur, chargé d'affaires ; officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ; membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ; Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

- Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE : le conjoint ou le concubin notoire ; le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ; en ligne directe, les ascendants et descendants, au premier degré, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.

- Sont considérés comme des personnes connues pour être étroitement associées à une PPE :

toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec cette PPE, toute personne physique identifiée comme étant seul bénéficiaire effectif d'une personne morale connu pour avoir été établi au profit de cette PPE, toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec cette PPE.

## A compléter et à nous retourner par courrier à :

FOREVER Service prélèvement – 14 rue Pierre Gilles de Gennes CS40412 76137 Mont Saint Aignan

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez FOREVER à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions figurant au présent contrat.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

## Assuré

## Créancier

## N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA :

FR8ZZZ8777CF

## NOM ET ADRESSE CRÉANCIER :

FOREVER

73 rue du château 92100 Boulogne-Billancourt

## Coordonnées du compte à débiter ( Prélèvements récurrents )

IBAN : \_\_\_\_\_ BIC : \_\_\_\_\_

Signé à : \_\_\_\_\_

Signature de  
l'assuré :

Le : \_\_\_\_\_

## A compléter ( si l'assuré n'est pas le titulaire du compte à débiter )

Nom / Prénom ou dénomination sociale du titulaire du compte : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Signé à : \_\_\_\_\_

Signature du  
titulaire du compte :

Le : \_\_\_\_\_

## Cadre réservé à

Référence unique du mandat*	
Contrat concerné	

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de la prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de celle-ci, même en cas de contestation ou annulation du prélèvement, a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que par le créancier délégué pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel.

\* (Pour information, FOREVER n'est pas en capacité lors de la gestion par ses soins de communiquer le RUM à ce stade, mais une fois seulement que le mandat est enregistré dans la mandathèque, qui alors génère le RUM)