

Personne à assurer

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____ Statut marital : _____
 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. »

Type de projet : Nouveau projet Reprise

Objet du financement : _____

Prêts Garantis (1/2)

	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	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 PREVOIR-VIE (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	<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"/>	

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

⁽²⁾ Quotité exprimée en pourcentage, ne pouvant excéder 100%. La quotité DC/PTIA doit être identique. La quotité IPT/ ITT/ITP/ IPP doit être identique.

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)

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution

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

Date d'effet

Date d'effet de l'assurance (*) : _____

qui correspond à : Date de 1^{er} 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, en l'absence de demande express de l'adhérent 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 » et à la convention MAGAID1 souscrite par elle auprès de PREVOIR VIE GROUPE PREVOIR, Société Anonyme au capital de 81 000 000€, entreprise régie par le Code des assurances, Immatriculée au RCS de Paris sous le n° 343 286 183, ayant son siège social 19, rue d'Aumale - 75009 PARIS.

Je soussigné(e) : M Mme Nom _____ Prénom _____

- déclare avoir été informé(e) des frais de dossier de 25 euros par assuré qui seront prélevés en même temps que la 1^{ère} 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 pour un montant de 5 euros.
- déclare accepter d'être assuré(e) au titre du contrat MEROS EMPRUNTEUR MAGAID1.
- déclare avoir reçu et pris connaissance du document intitulé «NOTICE D'INFORMATION – CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT MEROS EMPRUNTEUR MAGAID1 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.
- déclare sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances (se reporter à la Notice d'Information). Je devrai déclarer sans délai toute modification sous peine de déchéance.
- déclare avoir pris connaissance que toute modification de mon état de santé avant la prise d'effet de l'assurance, devra impérativement être signalé au médecin conseil de FOREVER, 120 avenue du Général Leclerc CS 10029 75680 PARIS CEDEX 14.
- J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 30 jours, selon les modalités prévues dans les notices d'information contractuelles et je suis informé(e) que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année.
- 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) 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 Prévoir Vie, 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.

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

- J'accepte les Conditions Générales du site et la Politique de données personnelles,
- J'accepte de recevoir des offres d'assurance de prêt et propositions commerciales de partenaires.

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.

Date de conclusion à distance :

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.

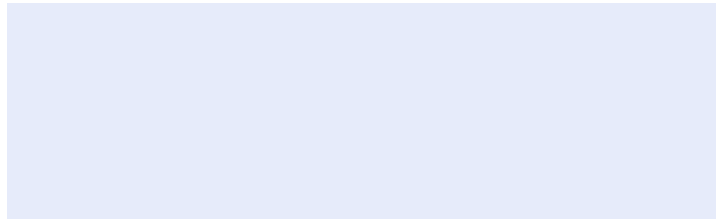
Cette renonciation peut être faite par retour du bordereau ci-dessous complété et signé et envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Je soussigné(e) : M Mme Nom _____ Prénom _____
demeurant _____ ,

déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance MEROS EMPRUNTEUR MAGAI1,
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)