

DEMANDE D'ADHÉSION
2016

ASSURANCE DE PRÊT



Irrévocabilité des garanties
Maintien du tarif



DEMANDE D'ADHÉSION ASSURANCE DE PRÊT APRIL

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° adhérent :

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance : Oui Non

HAMON sans accompagnement APRIL

Réf. produit : 4010 5008 2020 1515 1212 0808

HAMON avec accompagnement APRIL

Fax/Email transmis le : / /

N° de l'assureur-conseil :

MES COORDONNÉES

Adhérent (si différent de l'Assuré 1) : M. Mme Mlle Raison sociale / Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Pour les professionnels, l'adhérent est obligatoirement la société (SARL...) ou l'entrepreneur individuel (profession libérale, gérant, artisan, commerçant...)

Je souhaite recevoir mon attestation de paiement à la période de mon bilan comptable soit du / / au / /

ASSURÉ 1 : M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession exacte :

Secteur d'activité :

Statut :

Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A

Non Cadre / Fonctionnaire Hors classe A

Artisan / Commerçant

Artisan bâtiment, travaux publics, transport, automobile

Artisan/Commerçant métiers de bouche

Artisan autre secteur

Commerçant autre secteur

Gérant d'une entreprise de 5 salariés et + (hors BTP gros oeuvre et agricole)

Profession libérale

Exploitant Agricole

Intérimaire / Saisonnier

Sans profession

Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A

Autre retraité

Nombre de kilomètres professionnels/an⁽¹⁾ :

- 20 000 km/an + 20 000 km/an

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?⁽²⁾

Oui Non

Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?

Oui Non

Déplacement(s) à l'étranger pour raisons professionnelles hors UE, EEE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande

Oui Non

Si oui, pays :

ASSURÉ 2 : M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession exacte :

Secteur d'activité :

Statut :

Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A

Non Cadre / Fonctionnaire Hors classe A

Artisan / Commerçant

Artisan bâtiment, travaux publics, transport, automobile

Artisan/Commerçant métiers de bouche

Artisan autre secteur

Commerçant autre secteur

Gérant d'une entreprise de 5 salariés et + (hors BTP gros oeuvre et agricole)

Profession libérale

Exploitant Agricole

Intérimaire / Saisonnier

Sans profession

Retraité Cadre / Assimilé Cadre / Fonctionnaire classe A

Autre retraité

Nombre de kilomètres professionnels/an⁽¹⁾ :

- 20 000 km/an + 20 000 km/an

Exercez-vous une activité de manutention régulière dans votre travail ?⁽²⁾

Oui Non

Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?

Oui Non

Déplacement(s) à l'étranger pour raisons professionnelles hors UE, EEE, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande

Oui Non

Si oui, pays :

Exemplaire Adhérent

(1) En véhicule terrestre à moteur, hors trajet domicile/travail.

(2) Toutes activités quotidiennes de manipulation et/ou de déplacement d'objets/marchandises de plus de 15 kg.

Adresse actuelle de résidence⁽³⁾ :

Code Postal : Ville : Pays :

Email Assuré 1⁽⁴⁾ : Email Assuré 2⁽⁴⁾ :

Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 1 : Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 2 :

Adresse future de résidence⁽³⁾ :

Code Postal : Ville : Pays : Date prévue de déménagement :

(3) Lieu d'habitation de plus de 6 mois par an.

(4) J'accepte que les informations relatives à mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse email. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

| | | | |
|---|---|---|--|
| | ASSURÉ 1 | ASSURÉ 2 | |
| Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années y compris des cigarettes électroniques? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Pratiquez-vous l'un des sports de la liste spécifique (page 6), en tant que membre d'une fédération ou d'un club et/ou en compétition ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, le(s)quel(s) : Assuré 1 : |
| Souhaitez-vous être garanti(e) pour ce(s) sport(s) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Assuré 2 : |

Caractéristique(s) de l'Assurance : Date de début de l'assurance (date de signature de l'offre de prêt)⁽¹⁾ :

(1) Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance.

| Pour les prêts | Prêt(s) n° | Prêt(s) n° |
|---|---|---|
| Organisme prêteur Raison sociale / Nom | | |
| Adresse Code postal et ville | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Téléphone | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Email | | |
| Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez : | | |
| Adresse | | |
| Code Postal et Ville | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Email | | |
| Téléphone | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Objet du financement : Résidence principale Prêt professionnel Prêt à la consommation Autres :

| Prêt | Montant | Type de prêt | Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé) | Date de déblocage des fonds | Taux d'intérêt | TEG sans assurance ⁽³⁾ | Frais de dossier de banque ⁽³⁾ |
|------|---------|---|--|--|---|-----------------------------------|---|
| 1 | € | <input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre ⁽²⁾ : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable | % | € |
| 2 | € | <input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre ⁽²⁾ : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable | % | € |
| 3 | € | <input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre ⁽²⁾ : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable | % | € |

(2) Pour éviter toute erreur de cotisation pour les prêts à paliers, les prêts à taux zéro et les prêts de type « autre », joindre une copie du tableau d'amortissement ou du projet de financement.

(3) Compléter le TEG sans assurance ou les frais de dossier de banque par prêt. Si les frais de dossier de banque sont exprimés pour l'ensemble des prêts, nous vous invitons à les reporter sur le prêt dont le montant à assurer est le plus élevé.

| Pour les prêts à paliers | Prêt 1 | | Prêt 2 | | Prêt 3 | |
|--------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| | Montant des paliers | Durée des paliers | Montant des paliers | Durée des paliers | Montant des paliers | Durée des paliers |
| 1 ^{er} palier | € | mois | € | mois | € | mois |
| 2 ^e palier | € | mois | € | mois | € | mois |
| 3 ^e palier | € | mois | € | mois | € | mois |
| 4 ^e palier | € | mois | € | mois | € | mois |

| Vos garanties et vos cotisations | ASSURÉ 1 | | | ASSURÉ 2 | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| | Prêt 1 | Prêt 2 | Prêt 3 | Prêt 1 | Prêt 2 | Prêt 3 |
| Décès/PTIA (DC/D1) (Garantie obligatoire) | % ⁽¹⁾ | % ⁽¹⁾ | % ⁽¹⁾ | % ⁽¹⁾ | % | % ⁽¹⁾ |
| ITT/IPT (AT/A1) | % ⁽¹⁾ |
| | 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j | 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j | 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j | 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j | 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j | 03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j |
| | 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j | 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j | 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j | 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j | 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j | 01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j |
| Option Confort (AT/A1 - niveau 2) | <input type="checkbox"/> |
| Option Confort + (AT/A1 - niveau 3) | <input type="checkbox"/> |
| IPP (IL/L1) | <input type="checkbox"/> |
| Invalidité Spéciale Professions Médicales (IP/P1) | <input type="checkbox"/> |
| Garantie Chômage (CH) ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> |

(1) La quotité assurée ne doit pas dépasser 100% du montant du prêt.
 (2) Pour adhérer à cette garantie il est nécessaire de compléter l'attestation en annexe 4.

| | |
|--|---|
| Montant total de la cotisation indiqué sur votre étude personnalisée : | € TTC (sous réserve d'acceptation par APRIL Santé Prévoyance) |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Paiement par prélèvement automatique | Périodicité : <input type="checkbox"/> Mensuelle* <input type="checkbox"/> Trimestrielle* <input type="checkbox"/> Semestrielle* <input type="checkbox"/> Annuelle * 16 € minimum |
| Indiquez le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1 ^{er} et le 10 du mois : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Cotisation à l'Association des Assurés APRIL : 0,80 €/mois (Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL). | |
| Frais de dossier : 20 € (Ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant chez APRIL Santé Prévoyance) | |

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de PREVOIR-Vie et PREVOIR-Risques divers (PRE2015P01/PRE2015P02) pour les garanties Assurance de prêt APRIL et à la convention Garantie Chômage (BOAPA00325) souscrite par elle auprès d'ACE European Group Limited. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés APRIL (www.association-assures-april.fr).

Pour chacune des garanties souscrites, je déclare avoir reçu et pris connaissance des Notices valant conditions générales référencées PRT150115 pour les garanties d'Assurance de Prêt APRIL, GCH131013 pour la Garantie Chômage qui sont jointes à ma demande d'adhésion, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. J'atteste notamment être informé(e) que je peux renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans le délai prévu par les Notices valant conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans les Notices. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Notices applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencées ci-dessus.

Je suis informé(e) que les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de ma demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par APRIL pour les besoins de l'étude, la proposition, la souscription et la gestion de mon contrat d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires. Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux. A ces fins, des données sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données.

Pour mesurer et améliorer notre qualité de service, vos échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec notre société sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels des données vous concernant ne peuvent être communiquées qu'à APRIL et à nos prestataires. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03. Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, notre société met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en oeuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gels des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL (à l'adresse susmentionnée).

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association des Assurés APRIL,

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Fait à le / /

| | | | |
|---|---|---|---|
| La signature de l'Adhérent (si différent de l'assuré 1) précédée de la mention "lu et approuvé"  | La signature de l'Assuré 1 précédée de la mention "lu et approuvé"  | La signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"  | Cachet et visa de l'assureur-conseil  |
|---|---|---|---|