

# Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



**C : COURTAGE**

Votre spécialiste en assurance de prêt



# PROTECTION EMPRUNTEUR

## Bulletin d'Adhésion

Contrat collectif d'assurance n°AE02/051 souscrit par l'APREP auprès de la Mondiale Partenaire

Assuré(e) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Déjà adhérent à l'APREP <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	2 <sup>ème</sup> Assuré(e) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Déjà adhérent à l'APREP <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom : _____		Nom : _____	
Prénom : _____		Prénom : _____	
Date de naissance : ...../...../.....		Date de naissance : ...../...../.....	
A : _____ Département: _____		A : _____ Département: _____	
Nationalité : _____		Nationalité : _____	
Adresse actuelle : _____		Adresse actuelle : _____	
CP : _____ Ville : _____		CP : _____ Ville : _____	
Adresse future : _____		Adresse future : _____	
CP : _____ Ville : _____		CP : _____ Ville : _____	
A compter du : ...../...../.....		A compter du : ...../...../.....	
Profession exacte : _____		Profession exacte : _____	
<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non Cadre		<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Non Cadre	
<input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant		<input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant	
Tél. : _____ Port. _____		Tél. : _____ Port. _____	

(joindre la copie recto/verso de votre Carte Nationale d'Identité ou du passeport en cours de validité)

### Entreprise Adhérente : (joindre le K BIS de l'entreprise)

Dénomination sociale de l'Entreprise : _____	N° siren : _____
Adresse : _____	CP : _____ Ville : _____
Nom du Représentant : _____	Tél. : _____

### Caractéristiques du (des) Prêt(s) : (\*A pour Amortissable / IF pour In Fine)

	Montants	Type de prêt*	Durée en mois	Différé en mois	Taux en %	Prêteur ou Organisme Prêteur nom et adresse	Garantie IPT/ITT Assuré(e)	2 <sup>ème</sup> Assuré(e)
Prêt 1							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prêt 2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prêt 3							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prêt 4							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date d'effet de l'assurance : ...../...../.....

Bénéficiaires des garanties : Le bénéficiaire des garanties est obligatoirement le prêteur ou l'organisme prêteur cité ci-dessus.

### Choix des garanties :

Assuré(e)	Pourcentage de couverture : ..... %	2 <sup>ème</sup> Assuré(e)	Pourcentage de couverture : ..... %
<input checked="" type="checkbox"/> Décès PTIA		<input checked="" type="checkbox"/> Décès PTIA	
En cas de choix de la garantie IPT/ITT : Exercez vous une activité de manutention dans votre travail ?		En cas de choix de la garantie IPT/ITT : Exercez vous une activité de manutention dans votre travail ?	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales valant notice d'information figurant au dos du présent document et je m'engage à conserver un exemplaire de celui-ci pour la durée de mon adhésion. Je m'engage à faire parvenir au médecin conseil de l'assureur mon dossier d'état de santé entièrement rempli, ceci conformément à ce qui m'est demandé.

J'ai enfin bien pris note que, conformément à l'article L132-5-1 du Code des Assurances, je peux renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours à compter du paiement de la première prime. Il me suffit d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à l'APREP selon le modèle figurant au paragraphe RENONCIATION des Conditions Générales. L'assureur s'engage à me rembourser, dans un délai de trente jours à compter de la réception de ma lettre, l'intégralité des sommes déjà versées au titre de mon adhésion. Cette renonciation met fin à l'adhésion et aux engagements de l'Assureur.

Fait à \_\_\_\_\_ Le ..... / ..... / .....

C:COURTAGE 282436 	SIGNATURE ADHERENT (précédée de la mention "lu et approuvé")	SIGNATURE DU 2 <sup>ème</sup> ADHERENT (précédée de la mention "lu et approuvé")
--------------------------	---	---



**Déclaration Non Fumeur :**

Toute modification de cette déclaration non fumeur avant le terme de la garantie doit être signalée à l'Assureur et peut entraîner une modification de tarification par avenant. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'Assurance. (Art. L113.8 du Code des Assurances). En cas d'omission, la garantie peut être diminuée (Art. L 113.9 du Code des Assurances).

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé du tout au cours des 24 derniers mois. Cette déclaration fait partie intégrante de mon adhésion à ce contrat.

**Assuré(e) :**  
 Fumeur  oui  non  
 A : ..... le...../...../.....  
 Signature :

**2<sup>ème</sup> Assuré(e) :**  
 Fumeur  oui  non  
 A : ..... le...../...../.....  
 Signature :

**Les échéances seront prélevées sur :** ( frais d'échéances : 1,90 € par prélèvement )

- Le compte de l'Adhérent  **Périodicité :** Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle   
 Le compte du 2<sup>ème</sup> Adhérent  **Périodicité :** Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle   
 Le compte joint des adhérents  **Périodicité :** Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

( Pour toute souscription avec 2 adhérents, fournir 2 autorisations de prélèvements différentes s'il n'y a pas de compte joint )

CONTRAT SOUSCRIT PAR L'APREP ET ASSURE PAR LA MONDIALE PARTENAIRE - ENTREPRISE REGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES

L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de LA MONDIALE PARTENAIRE, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé en s'adressant à l'APREP 31, rue du 4 Septembre 75002 PARIS.

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT SUR LE COMPTE DU 2<sup>ème</sup> ADHERENT**

J'autorise l'Etablissement 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 faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte.

N° NATIONAL D'EMETTEUR  
495916

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR  
 .....  
 .....  
 .....

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER  
**APREP DIFFUSION**  
 31 Rue du 4 septembre  
 75 002 PARIS

COMPTE A DEBITER

Etablissement	Guichet	N° de Compte	Clé

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

DATE :

SIGNATURE :

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT SUR LE COMPTE DE L'ADHERENT OU SUR LE COMPTE JOINT DES ADHERENT**

J'autorise l'Etablissement 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 faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte.

N° NATIONAL D'EMETTEUR  
495916

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR  
 .....  
 .....  
 .....

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER  
**APREP DIFFUSION**  
 31 Rue du 4 septembre  
 75 002 PARIS

COMPTE A DEBITER

Etablissement	Guichet	N° de Compte	Clé

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

DATE :

SIGNATURE :