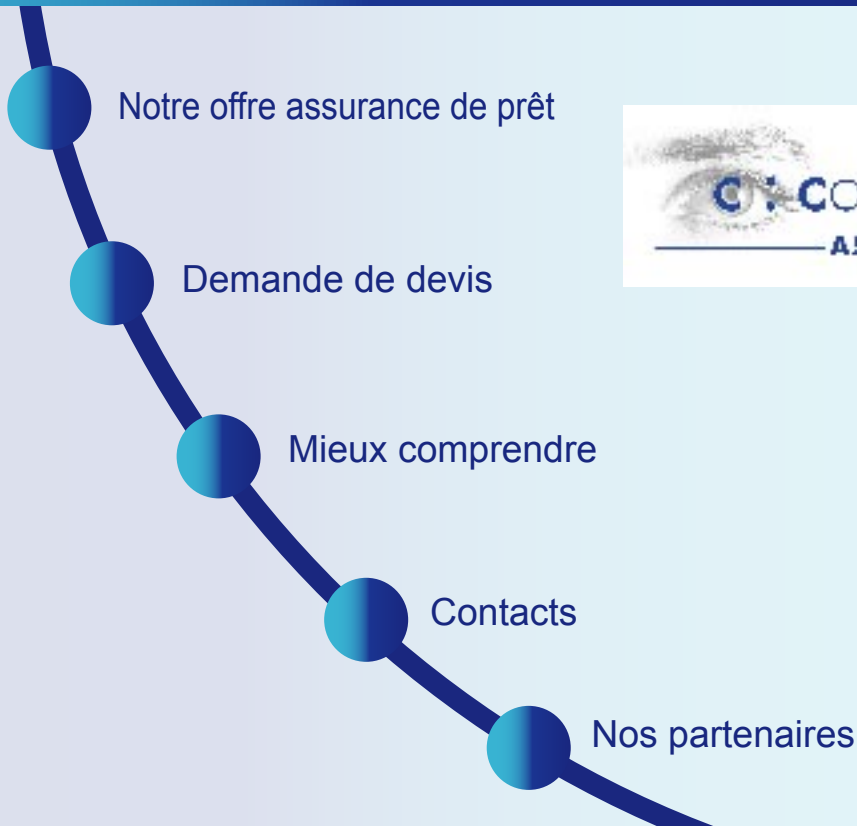


Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



Caractéristiques du(des) prêt(s)

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
Montant	_____ €	_____ €	_____ €
Type (amortissable, in fine, à palier, relais...)			
Durée	_____ mois	_____ mois	_____ mois
Différé d'amortissement	_____ mois	_____ mois	_____ mois
Taux nominal	_____ %	_____ %	_____ %
Quotité assurée (≤ 100 % par Assuré)	1^{er} Assuré	_____ %	_____ %
	2^{ème} Assuré	_____ %	_____ %
Organisme Prêteur <i>Merci de préciser le Nom, l'Adresse, le Fax et l'E-mail de chaque organisme prêteur</i>	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Si la périodicité des remboursements des échéances du (des) prêt(s) n'est pas mensuelle, préciser (trimestrielle, semestrielle, annuelle) : _____

Caractéristiques de l'assurance

	Assuré 1	Assuré 2
Formule 1 : Garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formule 2 : Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formule 3 : Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Incapacité Temporaire Totale de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formule 4 réservée aux pharmaciens : Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Professionnelle des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Périodicité des cotisations d'assurance : Mensuelle Trimestrielle Annuelle

Frais de fractionnement des cotisations d'assurance : Mensuel : 4 % - Trimestriel : 3%

Date de prise d'effet : ____/____/____ (Il s'agit de la date de début de couverture qui déclenche le premier prélèvement)

Option réservée aux personnes physiques : Capital supplémentaire en cas de décès accidentel

En choisissant cette option, vous permettez à vos proches de conserver leur niveau de vie et de faire face aux éventuels droits de succession en cas de décès accidentel. Vous choisissez librement le montant du capital supplémentaire qui leur sera versé.

Cette option ne peut être souscrite séparément.

Par exemple, vous pouvez garantir à vos proches un capital de 100 000 € pour seulement 14,73 € par mois ou 170 € par an.

1^{er} Assuré 50 000 € 100 000 € 150 000 € 200 000 € 300 000 €
2^{ème} Assuré 50 000 € 100 000 € 150 000 € 200 000 € 300 000 €

Cotisation annuelle TTC : 1,7 % du capital assuré

La périodicité des cotisations de cette option est identique à celle des cotisations de la formule de garanties choisie.

Frais de fractionnement des cotisations d'assurance : Mensuel : 4 % - Trimestriel : 3%

Si la Formule 2, 3 ou 4 réservée aux pharmaciens a été choisie, l'(les) Assuré(s) déclare(nt) sur l'honneur exercer une activité professionnelle rémunérée.

L'Adhérent et l'(les) Assuré(s) reconnaissent avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente Demande d'adhésion, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la Notice. **En outre, ils certifient que les renseignements fournis sur la présente Demande d'adhésion sont à leur connaissance exacts et prennent acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.** Conformément aux dispositions de l'article 16 de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. L'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie Service Relations Clientèle - Gestion Prévoyance - 4 rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex. L'Adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément à l'article 12 de la Notice.

Dispositions en cas de vente à distance ⁽²⁾ : L'Adhérent et l'Assuré sont informés que les garanties prennent effet, pour chacun des prêts, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus ou dès la date d'acceptation de l'offre de prêt, si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de réception de la lettre de couverture ou de la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions envoyée(s), par l'Assureur.

A _____ Le _____

Signature de l'Adhérent / 1^{er} Assuré

Cachet de l'entreprise adhérente et signature
de la personne habilitée pour l'entreprise

Signature du 2^{ème} Assuré

(2) **Vente à distance** : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

