

Votre assurance de prêt

Votre dossier d'adhésion : les étapes à suivre

- Si vous désirez obtenir des informations ou bénéficier des conditions d'accès à l'assurance prévues par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), vous êtes invité à vous rapprocher de votre intermédiaire en assurance. Vous pouvez également obtenir des informations sur le site internet www.aeras-infos.fr
- Avec l'aide de votre intermédiaire en assurance, complétez et signez la fiche conseil.
- Complétez et signez votre Demande d'adhésion.
- Complétez et signez l'Autorisation de prélèvements. N'oubliez pas de joindre l'original du Relevé d'Identité Bancaire.
- Consultez Page 15 la grille de Formalités Médicales qui définit les formalités à réaliser selon l'âge des Assurés et le montant assuré :
 - Si vous souhaitez bénéficier de la tarification non-fumeur, complétez et signez la Déclaration Spéciale Non-Fumeur.
 - Formalité 1 : complétez et signez la Déclaration d'état de santé, le cas échéant le questionnaire de santé.
 - Formalités 2 à 11 : pour effectuer vos formalités médicales, adressez-vous à un centre médical agréé, ou au médecin et/ou au laboratoire de votre choix.
- Si vous pratiquez une ou plusieurs activités particulières figurant parmi les exclusions du contrat, vous pouvez demander à être assuré pour certaines d'entre elles, grâce à la demande de prise en charge d'activités.
Vous devez compléter le document "Prise en charge d'activités exclues par la Notice" et joindre le document spécifique à l'activité concernée, que vous obtiendrez sur simple demande auprès de votre intermédiaire en assurance.
- Si vous demandez à être couvert dans le cadre d'une "Enveloppe d'Assurance", pour vos emprunts professionnels, vous devez le préciser dans la Demande d'Adhésion et, le cas échéant, remplir le document "Enveloppe d'Assurance" disponible auprès de votre intermédiaire en assurance.

Catégories socio-professionnelles (activité professionnelle rémunérée)

- | | |
|-----------------------|--|
| Catégorie n° 1 | - Professions libérales et cadres sédentaires ou ayant des déplacements professionnels à titre occasionnel.
- sans emploi |
| Catégorie n° 2 | Professions libérales et cadres ayant des déplacements professionnels fréquents ⁽¹⁾ .
Salariés non cadres, enseignants, commerçants et artisans exerçant une activité sédentaire ne comportant pas de travail manuel ou un travail manuel occasionnel peu important et non dangereux. |
| Catégorie n° 3 | Salariés non cadres, commerçants et artisans exerçant une activité comportant des déplacements professionnels fréquents ⁽¹⁾ et/ou un travail manuel important avec utilisation d'outillages et/ou manipulations dangereuses. |
| Catégorie n° 4 | Feront l'objet d'une étude préalable, les professions présentant des risques tels que : <ul style="list-style-type: none">- manipulation d'explosifs ou de substances toxiques,- transport d'explosifs ou de matières dangereuses,- port ou manipulation d'armes,- travail à hauteur supérieure à 20 mètres,- travail souterrain,- travail sur site dangereux,- démolition,- plongée,- risques artistiques,- risques politiques,- risques liés à des missions humanitaires,- risques liés aux animaux sauvages, ainsi que les métiers de l'armée, de l'aviation, du pétrole-gaz on-shore, du nucléaire, les chauffeurs routiers, les guides de haute montagne, les mineurs et les sportifs professionnels. |

(1) déplacements professionnels fréquents : plus de 20000 km par an à titre professionnel en véhicule terrestre à moteur (hors déplacements en train)



Choisissez les garanties dont vous avez besoin

FORMULE 1 : GARANTIES DE BASE AVEC OPTION DÉCÈS SEUL

Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

L'Assureur rembourse le montant du capital restant dû ou la somme des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien ⁽¹⁾.

FORMULE 2 : FORMULE 1 + INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) ET INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) AVEC OPTION SANS ITT

Cette formule ne peut être choisie qu'en cas d'activité professionnelle rémunérée.

- Pour les garanties décès et PTIA : l'Assureur rembourse le montant du capital restant dû ou la somme des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien ⁽¹⁾.
- Pour la garantie ITT : l'Assureur prend en charge les échéances de prêt / loyers ⁽¹⁾, dès la fin du délai de franchise choisi dans la Demande d'adhésion (30, 60 ou 90 jours).
- Pour la garantie IPT : vous pouvez choisir soit un remboursement du capital restant dû ou de la somme des loyers restants dus, soit une prise en charge immédiate des échéances de prêts / loyers ⁽¹⁾.

FORMULE 3 : FORMULE 2 + INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Cette formule ne peut être choisie qu'en cas d'activité professionnelle rémunérée.

- Pour les garanties décès et PTIA : l'Assureur rembourse le montant du capital restant dû ou la somme des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien ⁽¹⁾.
- Pour la garantie ITT : l'Assureur prend en charge les échéances de prêt / loyers ⁽¹⁾, dès la fin du délai de franchise choisi dans la Demande d'adhésion (30, 60 ou 90 jours).
- Pour la garantie IPT : vous pouvez choisir soit un remboursement du capital restant dû ou de la somme des loyers restants dus, soit une prise en charge immédiate des échéances de prêts / loyers ⁽¹⁾.
- Pour la garantie IPP : l'assureur prend en charge un pourcentage des échéances de prêt / loyers, correspondant au taux d'invalidité ⁽¹⁾.

FORMULE 4 : RÉSERVÉE AUX PHARMACIENS : FORMULE 1 + INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE (IP)

L'Assureur rembourse le montant du capital restant dû ou la somme des loyers restants dus ⁽¹⁾.

IMPORTANT :

Si vous êtes reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Partielle, les cotisations sont prises en charge par l'Assureur ⁽¹⁾.

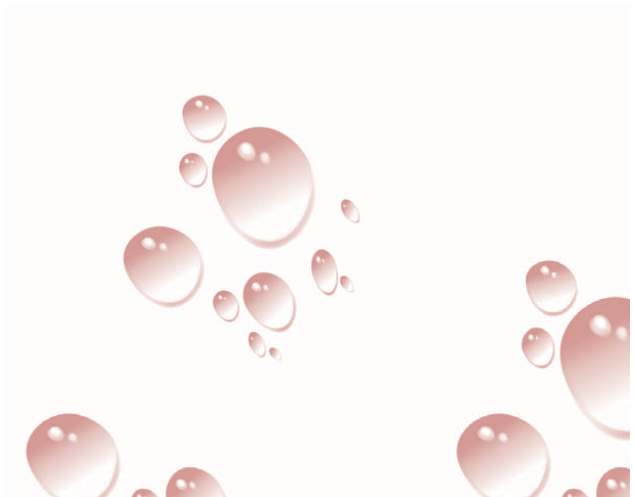
ASSUREZ A VOS PROCHES UNE PROTECTION FINANCIERE AVEC LES OPTIONS EN CAS DE DECES

- Avec l'**option Capital supplémentaire en cas de décès accidentel**, vous faites bénéficier à vos proches d'un capital supplémentaire qui leur permet de conserver leur niveau de vie et de faire face aux éventuels droits de succession si vous décédez accidentellement. Vous choisissez sur votre Demande d'adhésion le montant de capital supplémentaire qui leur sera versé.
Par exemple, vous pouvez garantir à vos proches un capital de 100 000 euros pour seulement 14,17 euros par mois ou 170 euros par an.
- Avec l'**option Prévoyance** ⁽²⁾ en cas de décès, vous offrez une protection complémentaire aux bénéficiaires désignés sur la Demande d'adhésion. Vous choisissez un montant de capital garanti égal à la différence entre 100 % et la quotité assurée au titre du financement lorsque cette quotité est inférieure à 100 %. Vous optimisez ainsi votre couverture en protégeant non seulement votre patrimoine mais aussi vos héritiers.

Votre intermédiaire en assurance est à votre disposition pour vous guider et vous conseiller dans le choix de ces options.

⁽¹⁾ dans les limites contractuelles.

⁽²⁾ Option réservée aux adhérents personnes physiques coemprunteurs et coassurés.



Frais de dossier

Les frais de dossier, d'un montant de 20 € par Demande d'adhésion, seront prélevés en même temps que la première cotisation.

Formalités financières

Pour les capitaux assurés à partir de 1 500 001 euros, les questionnaires financiers spécifiques sont à remplir.
Vous les obtiendrez sur simple demande auprès de votre intermédiaire en assurance.
L'Assureur peut, toutefois, être amené à demander des informations financières pour des capitaux moins élevés.

Information relative à l'intermédiaire en assurance

Le contrat Cardif Garantie Emprunteur est distribué par des intermédiaires en assurance, dont l'activité est réglementée par les articles L. 511-1 et suivants du Code des assurances.

Les intermédiaires en assurance doivent être immatriculés au registre des intermédiaires en assurance, tenu par l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS), dont le siège social est situé : **1, rue Jules-Lefebvre - 75009 Paris**. Ce registre est librement accessible au public sur le site www.orias.fr.

L'Adhérent peut s'adresser à son intermédiaire en assurance en cas de contestation relative à son activité d'intermédiation en assurance.












Conformément à l'article L. 310-12 du Code des assurances, l'intermédiaire en assurance est soumis, de par sa qualité, au contrôle de l'**Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM)**, située **61, rue Taitbout - 75009 Paris**.


Formalités médicales

Quelles formalités médicales ?

Pour toute adhésion, CARDIF prend en charge l'intégralité des frais médicaux occasionnés par ces examens, lorsqu'ils sont effectués dans un centre agréé. Pour déterminer les formalités médicales à effectuer, la totalité des capitaux assurés par CARDIF doit être prise en compte.

CUMUL DES CAPITAUX ASSURÉS PAR CARDIF	Âge de l'assuré à l'adhésion			
	De 18 ans à 45 ans	De 46 ans à 55 ans	De 56 ans à 65 ans	À partir de 66 ans
jusqu'à 150 000 €	1			2
de 150 001 € à 200 000 €		2		3
de 200 001 € à 250 000 €	1			
de 250 001 € à 500 000 €		4		7
de 500 001 € à 1 000 000 €	5	7		8
de 1 000 001 € à 2 000 000 €	6			
de 2 000 001 € à 3 500 000 €		9	10	11
au-delà de 3 500 000 €				11

-  1 Déclaration d'état de santé (le cas échéant le questionnaire de santé)
-  2 Rapport médical
-  3 Rapport médical + Examen cardiologique 1
-  4 Rapport médical + Profil Sanguin 1
-  5 Rapport médical + Profil sanguin 2
-  6 Rapport médical + Profil sanguin 2 + Analyse d'urine + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur
-  7 Rapport médical + Profil sanguin 2 + Analyse d'urine + Examen cardiologique 1
-  8 Formalités 7 + Examen cardiologique 2
-  9 Formalités 8 + Dosage de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur
-  10 Formalités 9 + Dosage des PSA pour les hommes
-  11 Formalités 10 + Echocardiographie cardiaque et son compte-rendu détaillé + Radiographie du thorax + Mammographie bilatérale avec compte-rendu pour les femmes à partir de 45 ans

 Au-delà de 1 500 000 euros, ne pas oublier de joindre les questionnaires financiers spécifiques.

- **Profil sanguin 1** : Glycémie, triglycérides, créatinine, transaminases ASAT et ALAT, Gamma GT et cholestérol (cholestérol total et fraction HDL), Sérologie HIV (HIV 1, HIV 2) par immunoenzymologie (2 réactifs).
- **Profil sanguin 2** : Profil sanguin 1 + hémogramme (hémoglobine, hématoците, numération globulaire, formule leucocytaire, numération des plaquettes), dosage de la CRP, sérologie de l'hépatite B (Ag Hbs, Ac Hbc et Hbs), sérologie de l'hépatite C (de type ELISA).
- **Examen Cardiologique 1** : Electrocardiogramme de repos avec compte-rendu et rapport cardiovasculaire.
- **Examen Cardiologique 2** : Electrocardiogramme de repos avec compte-rendu + Electrocardiogramme d'effort datant de moins de 6 mois et rapport cardiovasculaire. Si l'examen n'a jamais été réalisé, la personne à assurer devra prendre contact avec un cardiologue pour prescription de l'examen, le faire pratiquer, sauf contre-indication, et nous en adresser le compte-rendu et les tracés (ergométrie avec fréquence maximale atteinte).
- **Dosage des PSA pour les hommes à partir de 56 ans** : Antigène Spécifique de la Prostate et rapport PSA libre / PSA total.
- **Analyse d'urine** : Leucocytes, hématies, sucre, albumine avec examen cytobactériologique (y compris numération des germes).

Ces examens médicaux doivent être datés de moins de six mois pour être pris en compte.

Nous attirons votre attention sur les différentes garanties proposées par ce contrat :

Garantie	A quelles conditions serez-vous indemnisé ?	Jusqu'à quel âge serez-vous couvert ?	Quel sera votre âge à la date de dernière échéance du plan d'amortissement ?	
			Postulant à l'assurance	Autre personne à assurer
Décès	Si vous décédez	90 ans		
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Si vous êtes reconnu inapte par l'Assureur à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de vous livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit, et vous imposant, en outre, d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 4 actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).	65 ans ou la cessation de votre activité professionnelle départ ou mise en préretraite ou en retraite (sauf pour raison médicale)	_____ ans <i>(à compléter)</i>	_____ ans <i>(à compléter)</i>
Incapacité Temporaire Totale de travail	Si vous vous trouvez temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle, à la suite d'une maladie ou d'un accident et que vous n'exercez aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit.			
Incapacité Permanente Totale	Si après consolidation de votre état, vous êtes reconnu par l'Assureur inapte à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident et définitivement incapable de vous livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit.			
Incapacité Permanente Partielle	Si après consolidation de votre état, vous présentez un taux d'invalidité supérieur à 33% à la suite d'une maladie ou d'un accident vous mettant dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer une partie de votre activité professionnelle.			
Incapacité Professionnelle réservée aux Pharmaciens	Si vous êtes pharmacien et que vous êtes reconnu à la suite d'une maladie ou d'un accident et après consolidation de votre état, totalement inapte à votre activité professionnelle et qu'en application de l'article R. 4221-15 du Code de la Santé Publique, vous faites l'objet d'une suspension temporaire d'exercer par le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens pour une durée supérieure à 24 mois consécutifs.	60 ans ou la cessation de votre activité professionnelle, départ ou mise en préretraite ou retraite (sauf pour raison médicale)		

Nous attirons également votre attention sur les points suivants :

- Pour toutes les garanties, les montants versés en cas d'indemnisation sont proportionnels à la quotité assurée.
- Si vous avez souscrit les formules 2 et 3, vous ne serez indemnisé en cas de sinistre au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail qu'à l'issue d'une période de franchise de 90 jours.

Avant votre adhésion, nous vous invitons à lire très attentivement la Notice du contrat CARDIF GARANTIE EMPRUNTEUR qui apporte toutes les précisions concernant les conditions de prise en charge par l'Assureur : définition des garanties, limites des garanties en montant et en durée, franchises applicables et exclusions.

Ce document, complété et signé préalablement à l'adhésion au contrat CARDIF GARANTIE EMPRUNTEUR, est établi en autant d'exemplaires que de signataires. Chaque signataire devant conserver son exemplaire.

A _____ Le _____

CAPVIE Assurances
9 bis ave du Gal Leclerc
93250 VILLEMOMBLE
RCS 498 069 449
ORIAS 07005194

Signature du Postulant à l'assurance

Si le Postulant est une personne morale
Cachet de la Personne Morale
et signature de la personne habilitée

Numéro d'immatriculation ORIAS de l'intermédiaire en assurance : _____

Entreprise adhérente

Dénomination sociale de l'entreprise	N° Siren
Adresse	Nom du correspondant dans l'entreprise
Code Postal Ville	Pays

Assuré(s) : Dirigeant de l'entreprise adhérente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Caution du(des) prêt(s) / du(des) contrat(s) de crédit-bail	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Veuillez compléter le pavé «Personne(s) à assurer»

Bénéficiaire des garanties

Le bénéficiaire des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Professionnelle des pharmaciens et Incapacité Temporaire Totale de travail est chaque Organisme Prêteur / Crédit-bailleur dont les coordonnées figurent ci-après.

Dans le cadre de l'option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel de l'Assuré, et de l'Option Prévoyance et dans l'hypothèse où l'assuré choisit de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur, le capital est versé : au conjoint de l'Assuré à la date du décès, à défaut au partenaire auquel il est lié par un PACS à la date du décès, à défaut à son concubin notoire à la date du décès, à défaut à ses enfants vivants ou, en cas de décès de l'un d'entre eux, ses représentants, à défaut à ses héritiers.

Si l'Assuré choisit de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/ Crédit-bailleur en cas de Décès*, il coche la case ci-joint :

* La possibilité de désigner un bénéficiaire autre que l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès est réservée aux adhésions effectuées par une personne physique en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur dont le bénéficiaire est l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur et pour une quotité égale à la différence entre 100% et la quotité assurée sur l'autre contrat d'assurance emprunteur.

Caractéristiques du(des) financement(s)

	Financement 1	Financement 2	Financement 3	Financement 4	Financement 5
Montant du(des) financement(s)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
En cas de crédit-bail :					
Montant des loyers	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Montant de la valeur résiduelle	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Type <i>(amortissable, in fine, à palier, relais, crédit-bail...)</i>					
Objet <i>(immobilier, professionnel, ...)</i>					
Durée	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
Différé d'amortissement	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
Taux nominal	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Quotité assurée <i>(≤ 100 % par Assuré)</i>					
Assuré 1	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Assuré 2	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Organisme Prêteur / Crédit-bailleur Merci de préciser le Nom, l'Adresse, le Fax et l'E-mail de chaque organisme prêteur / crédit-bailleur					

Exemplaire Adhésion Prévoyance CARDIF

LS1042A - Série A - 05/2009

Si la périodicité des remboursements des échéances des prêts ou des loyers (crédit-bail) n'est pas mensuelle, préciser (trimestrielle, semestrielle, annuelle) : _____



Caractéristiques de l'assurance

	Assuré 1	Assuré 2
Formule 1 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Option Décès seul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formule 2 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail Option sans Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formule 3 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et 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

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

Si vous choisissez la Formule 2 ou 3 :

Assuré 1

- précisez le mode de versement des prestations en cas d'Invalidité Permanente Totale :
 versement du capital restant dû ou loyers restant dus
 versement des échéances de prêts et/ou loyers
- choisissez la durée de la franchise en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail :
 30 jours 60 jours 90 jours

Assuré 2

- précisez le mode de versement des prestations en cas d'Invalidité Permanente Totale :
 versement du capital restant dû ou loyers restant dus
 versement des échéances de prêts et/ou loyers
- choisissez la durée de la franchise en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail :
 30 jours 60 jours 90 jours

Garanties optionnelles

Assuré 1

- Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel
Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :
 50 000 € 100 000 € 150 000 € 200 000 € 300 000 €

Assuré 2

- Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel
Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :
 50 000 € 100 000 € 150 000 € 200 000 € 300 000 €

Option Prévoyance (réservée aux cas d'adhésion par deux assurés).

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'Adhèrent 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 Informatique et Libertés 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'Adhèrent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'Adhèrent 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** : L'Adhèrent et l'Assuré sont informés que les garanties prennent effet, pour chacun des prêts ou des contrats de crédit-bail, 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 / à la date de conclusion du contrat de crédit-bail, si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

A _____ Le _____

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

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

Signature du 2^{ème} Assuré



Autorisation de prélèvements

Cardif Garantie Emprunteur

Pour permettre à Cardif de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir l'autorisation de prélèvements bancaires ci-dessous et la faire parvenir à Cardif dans les meilleurs délais, **accompagnée de l'original du Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)**.

N'oubliez pas de **dater** et de **signer** l'autorisation de prélèvements et de mentionner, dans les cases prévues à cet effet :

- votre nom et votre adresse,
- le nom et l'adresse de votre banque,
- les références de votre compte à débiter.

Dans le cas où l'Adhérent est une entreprise, le RIB et l'Autorisation de Prélèvements doivent être libellés à son nom.

Les informations contenues dans la présente autorisation seront utilisées par CARDIF Assurance Vie conformément aux dispositions de l'article « Informatique et Libertés » de la Notice.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec l'établissement émetteur.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

110086

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

NOM	
PRENOMS	
N°	RUE
C. POSTAL	VILLE

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT EMETTEUR

CARDIF
4, rue des Frères Caudron
92858 RUEIL MALMAISON Cedex

COMPTE A DEBITER

Etabliss ^t	Code	Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.

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

NOM		
N°	RUE	
C. POSTAL		VILLE

Date :

Signature du titulaire du compte ou du représentant habilité de l'entreprise et cachet de l'entreprise adhérente :



CARDIF

Déclaration spéciale non-fumeur

1^{er} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

2^{ème} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____

Je déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé même à titre occasionnel, au cours des 24 derniers mois et qu'en cas d'arrêt de tabac antérieur à 24 mois, cet arrêt n'a pas été motivé par la demande expresse du corps médical. En outre, je dois informer l'Assureur si je (re)commence à fumer, même occasionnellement, pendant la durée du contrat. A cet égard, l'Assureur se réserve le droit de pratiquer, pendant la durée du contrat, tout contrôle qu'il juge nécessaire.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés 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. Les Assurés peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Fait à _____ Le _____

Signature de l'Adhérent/1^{er} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2^{ème} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Important

Pour bénéficier de la tarification non-fumeur, l'Assuré se situant dans les cases 6, 9, 10 ou 11 de la grille de formalités médicales (au-delà de 1 000 000 €) doit transmettre à CARDIF Assurance Vie, préalablement à la prise d'effet des garanties, le résultat d'un dosage de cotinine urinaire.

Pour les Assurés concernés :
Déclaration d'état de santé au verso



CARDIF

Déclaration d'état de santé

1^{er} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____
Date de naissance _____
Taille _____ cm Poids _____ kg

2^{ème} Assuré

Nom et prénom de la personne à assurer _____
Date de naissance _____
Taille _____ cm Poids _____ kg

- Oui, j'ai pris connaissance et je suis satisfait aux déclarations ci-dessous.
 Non, je ne suis pas satisfait aux déclarations ci-dessous et je m'engage à remplir le Questionnaire de santé.

- Oui, j'ai pris connaissance et je suis satisfait aux déclarations ci-dessous.
 Non, je ne suis pas satisfait aux déclarations ci-dessous et je m'engage à remplir le Questionnaire de santé.

Je déclare :

- Au cours des 5 dernières années, ne pas avoir été en arrêt partiel ou total de travail ou ne pas avoir dû interrompre mes activités professionnelles ou non professionnelles pour raison médicale, pendant plus de trois semaines consécutives.
- Ne pas avoir été sous traitement, surveillance ou contrôle médical pendant plus de 3 semaines consécutives au cours des 10 dernières années (en dehors de la médecine du travail, du suivi des grossesses, des affections saisonnières).
- Ne pas avoir été hospitalisé plus de 24 heures, au cours des 10 dernières années, pour une intervention chirurgicale*, un bilan, un traitement, des examens.
- Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH 1 et 2 qui se soit révélé positif.
- Ne pas être en arrêt de travail partiel ou total pour raison de santé (hormis les arrêts de travail liés à la maternité).
- Ne pas être atteint d'une maladie de quelque nature que ce soit (hormis affections saisonnières), ou d'un handicap ou d'une malformation congénitale, ou ne pas être reconnu en invalidité.
- Ne pas suivre de traitement médical (hormis les traitements pour affections saisonnières et les traitements contraceptifs), ou ne pas être en cours d'investigation ou de suivi médical.
- Avoir une différence entre la taille (exprimée en cm) et le poids (exprimé en kg) comprise entre 85 et 115 (ex : 175 - 70 = 105).
- Ne pas avoir perdu plus de 10 kilos au cours des 12 derniers mois.
- Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale*, un examen médical spécialisé ou un traitement médical.
- Ne pas cumuler des couvertures individuelles d'assurance décès (autres que couverture collective d'entreprise, assurance vie épargne, assurance de prêt consommation) dont l'encours assuré est supérieur à 250 000 euros.

* autre que les interventions chirurgicales pour les causes suivantes : appendicite, hernies de la paroi abdominale sans séquelles, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, vésicule biliaire, varices, dents de sagesse, IVG.

- Etes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de la Norvège, de l'Islande, des Etats-Unis, du Canada, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ?

1^{er} Assuré

Oui Non

Si oui, où ? _____
Quand ? _____

2^{ème} Assuré

Oui Non

Si oui, où ? _____
Quand ? _____

La validité des présentes déclarations est de 120 jours ; si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, CARDIF Assurance Vie pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

Je certifie que les renseignements fournis sont à ma connaissance exacts et je prends acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés 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. Les Assurés peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'Adhèrent/1^{er} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Signature du 2^{ème} Assuré
(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

