



Code : 2|3|8|8 Sous-code : Code stat : Référence Interne : _____

PERSONNE À ASSURER

A REMPLIR EN MAJUSCULES

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom, prénom : _____ Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : / / Nationalité : _____ Profession exacte : _____

Références et date de délivrance du document d'identité présenté : _____

Adresse actuelle : _____ Adresse future : _____

Code postal : Ville : _____ Code postal : Ville : _____

Téléphone : Adresse email : _____

SOUSCRIPTEUR (Si différent de la personne à assurer)

A REMPLIR EN MAJUSCULES

Monsieur Madame Mademoiselle Société (*)

Nom, prénom ou Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____

Statut juridique(*) : _____ N° SIREN(*) : _____ (* Joindre extrait Kbis de moins de 3 mois)

Nom du correspondant représentant la Société(*) : _____ Téléphone :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PRÊT(S)

Objet du(des) prêt(s) : Prêt au logement : Si oui, est-ce pour l'acquisition d'une résidence principale ? OUI NON

Prêt professionnel (locaux, matériel) Prêt à la consommation

Restructuration de crédit Autres (à préciser) : _____

Prêt n°	Montant initial du prêt	Quotité à garantir %	Durée totale du prêt (différé inclus, en mois)	Différé d'amortissement (en mois) (*)	Taux d'intérêt	Type de taux		Type de prêt		
						Fixe	Variable	Prêt amortissable	Prêt in fine(*)	Autre (à préciser)
1	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
2	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
3	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
4	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

(*) En cas de prêt in fine ou de prêt amortissable avec différé, y a-t-il remboursement des intérêts pendant la période de différé : OUI NON

Si NON, veuillez préciser le montant à garantir (capital + intérêts de la période de différé) : _____ €

GARANTIES

Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Incapacité Permanente Totale

Incapacité Temporaire Totale (franchise 90 jours)

Perte d'emploi

Date d'effet souhaitée : / /

Déblocage des fonds prévu à cette date: OUI NON

Date de prélèvement souhaitée : Le 6 de chaque mois

Le 20 de chaque mois

BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES

Organisme prêteur : _____

Adresse complète : _____

N° téléphone : N° fax : Nom du correspondant : _____

Autre(s) bénéficiaire(s) à préciser : _____

PRIME (minimum 20 € par échéance)

Périodicité : Variable Constante
 Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle Unique

Frais de dossier : 20 € Montant de la première prime : _____ €

TARIFICATIONS SPÉCIFIQUES

Joindre obligatoirement une copie du projet établi

Déclaration sur l'honneur (ne pas raturer, ni surcharger)	Date et signature de la personne à assurer
NON FUMEURS	Fait le : _____
Je déclare : - ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date de souscription (60 mois dans le cas où je serais âgé de plus de 80 ans au terme du contrat) - ne pas avoir cessé de fumer sur demande du corps médical	Signature : _____
VLR	Fait le : _____
Je déclare : - être cadre ou fonctionnaire relevant de la catégorie A ou chef d'entreprise (gérant majoritaire ou égalitaire, PDG) ou profession libérale - ne pas exercer d'activité dangereuse - ne pas effectuer de déplacements professionnels (hors transports collectifs) de plus de 15 000 kms/an	Signature : _____
PHARMACIENS	Fait le : _____
Je déclare que le prêt objet de la présente demande d'assurance est lié à l'achat d'une pharmacie ou à son aménagement.	Signature : _____

Je soussigné(e),

- Demande à souscrire au contrat d'Assurance PERENIM.
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance de la note d'information PERENIM (Réf. NIGEA_PERENIM_0409) définissant les garanties dudit contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- En cas de souscription à la garantie Perte d'emploi, je déclare être admissible à cette garantie selon les conditions de souscription mentionnées dans la note d'information PERENIM GARANTIE CHOMAGE (réf. NICO_PERENIM_0409) dont je reconnais avoir reçu un exemplaire.
- Atteste savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans mes réponses entraînera la nullité de l'assurance (Article L 113-8 du Code des Assurances).
- Reconnais avoir été informé(e) que je peux demander communication et rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, de tout organisme professionnel concerné et réassureur ; ce droit s'exerce au siège de l'Assureur (Loi 78.17 du 06.01.1978).

Fait à : _____

le : _____

Signature du Souscripteur (Lu et approuvé)	Signature de la personne à assurer (Lu et approuvé)	Signature du Conseil Agréé
---	--	-------------------------------



AFI Europe - Compagnie d'Assurance sur la vie - Entreprise régie par le Code des Assurances
S.A. au capital de 7 000 000 € - 352 320 048 RCS LILLE
4, square Dutilleul - 59042 LILLE Cedex - www.afi-europe.com

CADRE RESERVÉ À LA COMPAGNIE

	COMMENTAIRES
N° CONTRAT : _____	_____
N° ASSURE : _____	_____
N° SOUSCRIPTEUR : _____	_____
N° PAYEUR : _____	_____
N° BENEFICIAIRE : _____	_____
CUMUL : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON _____	_____
N° CONTRATS CONCERNÉS : _____	_____

ATTENTION : N'oubliez pas de compléter l'autorisation de prélèvement et le questionnaire de santé.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT J'autorise l'établissement 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 en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec le créancier.

N° NATIONAL ÉMETTEUR

387434

Nom et adresse du Titulaire du compte à débiter :

Nom et adresse du Créancier :

AFi europe
Groupe Esca

4, square Dutilleul - 59042 LILLE Cedex

Compte à débiter :

Code Établissement	Code Guichet	N° de compte	Clé RIB
IBAN (Identifiant international)			Code BIC

Nom et adresse de l'Établissement teneur du compte :

Fait à : _____, le : _____

Signature : _____

PRIÈRE DE REMPLIR ET DE RENDRE CE DOCUMENT EN Y JOIGNANT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE, POSTAL OU DE CAISSE D'ÉPARGNE

Référence contrat : _____