

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'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 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'Adhérent 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'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 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'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.



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					

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'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 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'Adhérent 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'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 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'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.



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					

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'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 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'Adhérent 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'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 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'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.

