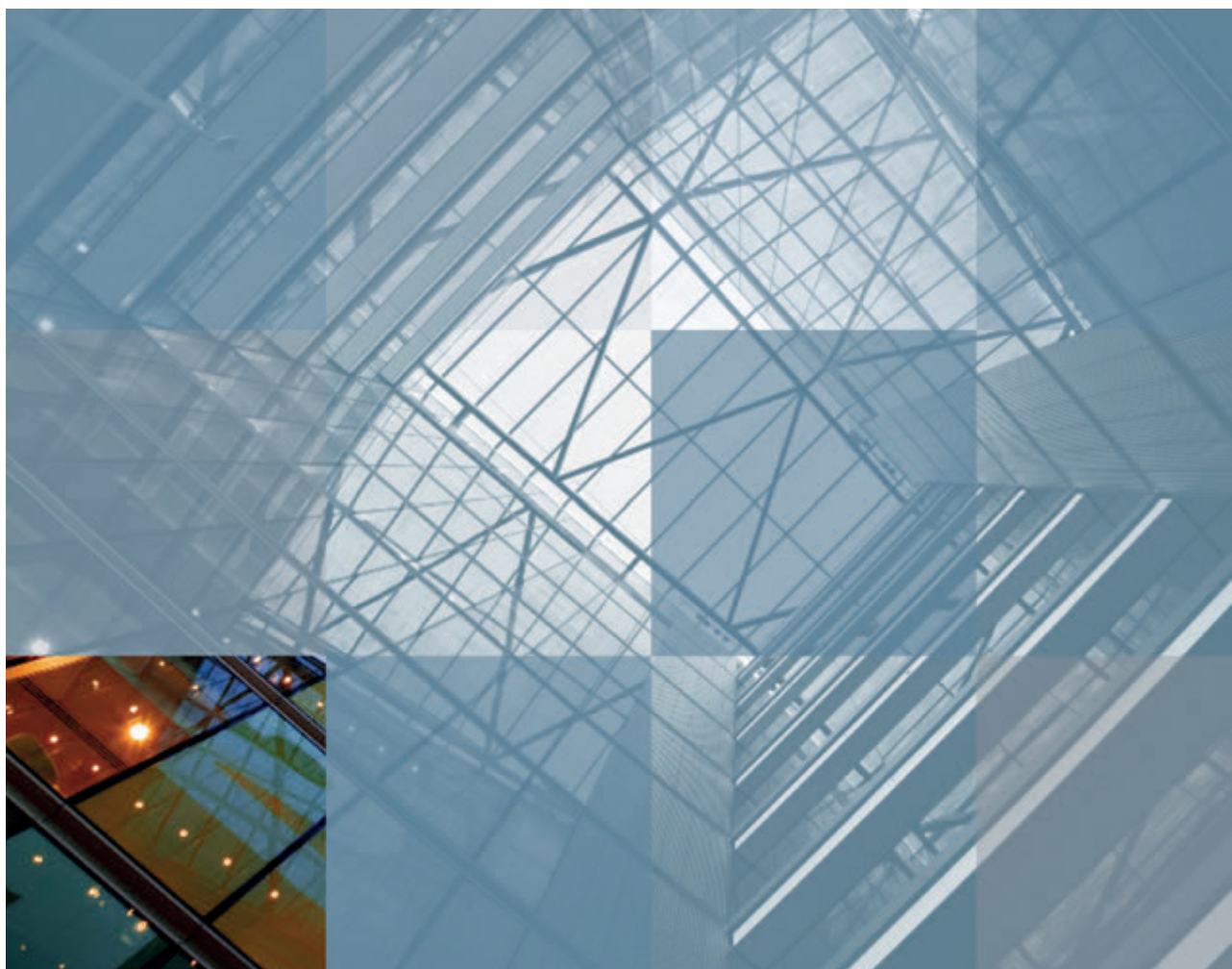




## BULLETIN D'ADHÉSION

PROTECTION EMPRUNTEUR





# PROTECTION EMPRUNTEUR

## Comment adhérer au contrat ?

Vous avez demandé l'adhésion au contrat **PROTECTION EMPRUNTEUR** et nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez. Aussi, afin de permettre une étude de votre dossier dans les meilleurs délais, nous vous demandons de bien vouloir régulariser les documents suivants :

### Pièces à retourner

- Le bulletin d'adhésion rempli, daté et signé (remettre les 3 premiers exemplaires à votre interlocuteur et conserver l'exemplaire adhérent) ;
- La photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité de l'assuré(e), de son passeport ou de son titre de séjour (recto-verso) en cours de validité ;
- Le cas échéant, le paragraphe spécifique de la déclaration spéciale non-fumeur daté et signé ;
- Le questionnaire médical complété, daté et signé ;
- Un relevé d'identité bancaire correspondant au mandat de prélèvement SEPA ;
- Le mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé ;
- Le projet/l'offre de prêt bancaire ;
- Le projet personnalisé d'assurance dûment signé.

### En cas de souscription par une personne morale

- Un extrait K-bis daté de moins de trois mois ;
- La copie des statuts en vigueur ;
- La photocopie de la carte nationale d'identité, du passeport ou du titre de séjour, du représentant de la personne morale ;
- Les pouvoirs de la personne représentant de la société (si non mentionnée dans le K-bis ou les statuts) ;
- La photocopie de la carte nationale d'identité, du passeport ou du titre de séjour du(des) bénéficiaire(s) effectif(s) (détenteur(s) de 25 % des droits de vote ou du capital).

### Formalités médicales à accomplir

CAPITAL ASSURÉ À L'ADHÉSION	ÂGE DE L'ASSURÉ À L'ADHÉSION		
	Moins de 45 ans	De 45 à 54 ans	De 55 à 75 ans
Moins de 100 001 €	QM	QM	QM
De 100 001 € à 250 000 €		QM + PS + TCU*	QM + RM
De 250 001 € à 300 000 €	DMS + TCU*	DMS + TCU* + PSA	DMS + TCU* + PSA
De 300 001 € à 1 500 000 €		DMS + TCU* + PSA	
De 1 500 001 € et jusqu'à 10 000 000 € <sup>(1)</sup>	DMS + TCU* + PSA + Échocardiographie avec compte rendu du cardiologue + QFC		
<b>Lors de l'étude, la compagnie se réserve la possibilité de demander des éléments complémentaires</b>			

<sup>(1)</sup>Au-delà de 10 000 000 €, consultez-nous au préalable. Les formalités médicales dépendront du pool de réassureurs qui interviendra sur le dossier.

**QM** : Questionnaire Médical APREP (document fourni et référencé MED/QM04)

**RM** : Rapport Médical APREP (à remplir par un médecin selon le document fourni et référencé MED/RM03)

**PS (Profil Sanguin)** : Numération de Formule Sanguine, Vitesse de Sédimentation, Numération Plaquettaire, HIV 1 et 2, Glycémie, Créatinine, Urée, Acide Urique, Triglycérides, Cholestérol Total et HDL, Transaminases ASAT et ALAT, Gamma GT, Sérologie hépatites B (antigène HBs) et C

**PSA** : Dosage PSA pour les hommes (Antigène Prostatique Spécifique)

**TCU** : Test de Cotinine Urinaire (\*à fournir si non-fumeur)

**DMS** (Dossier Médical Standard) : QM, RM, Profil Sanguin, électrocardiogramme interprété avec tracé et rapport du cardiologue

**QFC** : Questionnaire Financier Confidentiel, son annexe et ses pièces complémentaires

L'ensemble des examens médicaux est à retourner sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

**APREP Diffusion**  
**À l'attention du médecin conseil de l'entreprise d'assurance**  
**26, rue de Montholon - 75009 PARIS**

### Remboursement des frais de sélection médicale

Conditions pour le remboursement à l'adhérent des frais médicaux liés à la sélection médicale demandée à l'adhésion :

- l'assureur doit avoir reçu les originaux des documents donnant les résultats de la sélection médicale,
- les frais remboursés doivent avoir été directement supportés par l'assuré,
- l'adhérent doit fournir les justificatifs nécessaires,
- l'adhésion doit avoir pris effet, ainsi que le paiement de la première prime réalisé,
- l'adhérent ne doit pas avoir exercé son droit à renonciation,
- une délégation d'assurance signée par la banque doit être retournée à l'assureur.

### Frais

Les frais d'échéance sont fixes et égaux à 1,90 € par prélèvement.

### Cotisation d'adhésion à l'association APREP

La cotisation de 15 € pour l'association est prélevée une seule fois avec la première prime.

**Merci de veiller à ce que le dossier soit complet**



## CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S)

Date de déblocage des fonds : ...../...../..... Objet du financement :  Résidence principale  Prêt professionnel  Autre : .....

Prêt	Montant	Type de prêt <sup>(1)</sup>	Durée en mois	Dont différé en mois	Taux en %	Taux variable	Périodicité <sup>(2)</sup>	Prêteur ou Organisme Prêteur Nom et adresse
1	..... €	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	.....	
2	..... €	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	.....	
3	..... €	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	.....	
4	..... €	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	.....	

<sup>(1)</sup>A pour Amortissable / IF pour In Fine / P pour prêt à Paliers / PTZ pour Prêt à Taux Zéro.

<sup>(2)</sup>M pour Mensuelle / T pour Trimestrielle / S pour Semestrielle / A pour Annuelle

Dans les cas d'un prêt à palier, d'un prêt avec un taux variable ou un différé, merci de joindre, dès la demande, une copie de l'offre de prêt faisant apparaître le tableau d'amortissement.

## CHOIX DES GARANTIES

Date d'effet souhaitée : ...../...../.....

	Assuré : Pourcentage de couverture : ..... %				Co-Assuré : Pourcentage de couverture : ..... %			
	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4
Décès PTIA	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>			
IPT/ITT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPT seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas de choix de la garantie IPT/ITT : Souhaitez-vous souscrire l'option 0 jour d'hospitalisation en cas de maladies psychiques ou nerveuses, définie à l'art. 11 de la notice d'information ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Exercez-vous une activité de manutention dans votre travail ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui, <input type="radio"/> lourde <input type="radio"/> légère					En cas de choix de la garantie IPT/ITT : Souhaitez-vous souscrire l'option 0 jour d'hospitalisation en cas de maladies psychiques ou nerveuses, définie à l'art. 11 de la notice d'information ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Exercez-vous une activité de manutention dans votre travail ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui, <input type="radio"/> lourde <input type="radio"/> légère			

## BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ PRÉALABLEMENT AU DÉBLOCAGE DES FONDS

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès suivant(s) :

Le conjoint de l'assuré non séparé judiciairement, à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'assuré.

Autre clause : ....., à défaut les héritiers de l'assuré.

## BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Le bénéficiaire est par défaut le prêteur.

Si une autre disposition est souhaitée, précisez : .....

## SIGNATURE(S)

**Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information présentée avec ce bulletin d'adhésion et je m'engage à conserver un exemplaire de ces deux documents pour la durée de mon adhésion. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information n° AE03/051 Aprep Protection Emprunteur ainsi que des statuts de l'association APREP. 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 L.132-5-1 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 avis de réception à l'APREP DIFFUSION selon le modèle figurant au paragraphe RENONCIATION de l'article 18 de la notice d'information. 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 ..... / ..... / .....

Code + cachet de l'apporteur	SIGNATURE DE L'ADHÉRENT si différent de l'assuré (précédée de la mention "lu et approuvé")	SIGNATURE DE L'ASSURÉ (précédée de la mention "lu et approuvé")	SIGNATURE DU CO-ASSURÉ (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. L.113.8 du Code des assurances). En cas d'omission ou de déclaration inexacte l'indemnité pourra être réduite conformément à l'article 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 précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon adhésion à ce contrat.

### Assuré :

Je soussigné(e), .....

....., déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé du tout au cours des 24 derniers mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon adhésion à ce contrat.

À : ..... le ...../...../.....

Signature :

### Co-Assuré :

Je soussigné(e), .....

....., déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé du tout au cours des 24 derniers mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon adhésion à ce contrat.

À : ..... le ...../...../.....

Signature :

## LES ÉCHÉANCES

### Les échéances seront prélevées sur

- Le compte de l'Adhérent   
Le compte du Co-Adhérent   
Le compte joint des adhérents

### (frais d'échéance : 1,90 € par prélèvement)

- Périodicité : Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle   
Périodicité : Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle   
Périodicité : Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

*(Pour toute souscription avec 2 adhérents, fournir 2 mandats de prélèvement SEPA, s'il n'y a pas de compte joint)*