

CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S) - (*A POUR AMORTISSABLE / IF POUR IN FINE)

Date d'effet souhaitée :/...../.....

	Montants	Type de prêt*	Durée en mois	Différé en mois	Taux en %	Prêteur ou Organisme Prêteur nom et adresse	Garantie IPT/ITT	Garantie IPT
Prêt 1							<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Assuré(e)	<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Assuré(e)
Prêt 2							<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Assuré(e)	<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Assuré(e)
Prêt 3							<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Assuré(e)	<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Assuré(e)
Prêt 4							<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Assuré(e)	<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Assuré(e)

CHOIX DES GARANTIES

Assuré(e)	Pourcentage de couverture : %	2^{ème} Assuré(e)	Pourcentage de couverture : %
<input checked="" type="checkbox"/> Décès PTIA En cas de choix de la garantie IPT/ITT : Exercez-vous une activité de manutention dans votre travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="radio"/> lourde <input type="radio"/> légère <input type="checkbox"/> non		<input checked="" type="checkbox"/> Décès PTIA En cas de choix de la garantie IPT/ITT : Exercez-vous une activité de manutention dans votre travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="radio"/> lourde <input type="radio"/> légère <input type="checkbox"/> non	

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.

SIGNATURE(S)

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information figurant au dos du présent document et je m'engage à conserver un exemplaire de celui-ci pour la durée de mon adhésion. 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 L132-5-1 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 accusé de réception à l'APREP selon le modèle figurant au paragraphe RENONCIATION 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'ADHERENT si différent de l'assuré (précédée de la mention "lu et approuvé")	SIGNATURE DE L'ASSURE (précédée de la mention "lu et approuvé")	SIGNATURE DU 2 ^{ème} ASSURE (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. L113.8 du Code des Assurances). En cas d'omission, la garantie peut être diminuée (Art. 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(e) : Fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non A : le/...../..... Signature :

2^{ème} Assuré(e) : Fumeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non A : le/...../..... Signature :

LES ÉCHÉANCES

Les échéances seront prélevées sur

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

Le compte de l'Adhérent

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Le compte du 2^{ème} Adhérent

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Le compte joint des adhérents

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

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

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT SUR LE COMPTE DU 2^{ème} ADHÉRENT

J'autorise l'Etablissement 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 faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
495916

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

.....
.....
.....
.....

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

APREP DIFFUSION
26 Rue de Montholon
75009 PARIS

COMPTE À DÉBITER

Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

.....
.....
.....

DATE SIGNATURE

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT SUR LE COMPTE DE L'ADHÉRENT OU SUR LE COMPTE JOINT DES ADHÉRENTS

J'autorise l'Etablissement 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 faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
495916

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

.....
.....
.....
.....

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

APREP DIFFUSION
26 Rue de Montholon
75009 PARIS

COMPTE À DÉBITER

Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

.....
.....
.....

DATE SIGNATURE

CONTRAT SOUSCRIT PAR L'APREP ET ASSURÉ PAR LA MONDIALE PARTENAIRE - ENTREPRISE REGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES

Informatique et libertés - La collecte des données personnelles de l'adhérent est effectuée dans le cadre d'un traitement relatif à la relation client et son exploitation commerciale, dont le responsable est la société LA MONDIALE PARTENAIRE. Les destinataires de ces données sont les sociétés du Groupe LA MONDIALE et éventuellement des sociétés tiers. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les données personnelles le concernant. Il peut exercer ces droits par courrier auprès de la Direction des Back Offices de LA MONDIALE PARTENAIRE, 104,110 boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08.