

PROPOSITION D'ASSURANCE

Code :

Sous-code :

Code stat : _____

Réf. Interne : 1125

PERSONNE À ASSURER EMPRUNTEUR / CO-EMPRUNTEUR

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Né(e) le : À : _____ Dép. ou pays : _____ Nationalité : _____

Adresse actuelle : _____

Adresse future : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Email : _____

À compter du :

Téléphone : _____

Possédez-vous des contrats chez AFI-ESCA ? Oui Non

Si cette nouvelle souscription vient en remplacement de l'un (ou plusieurs) de ces contrats, indiquez le(s) n° de contrats :

À ce jour, êtes-vous assuré(e) sur l'ensemble de vos prêts immobiliers (le prêt objet de la demande d'assurance et les prêts immobiliers déjà en cours) pour un montant supérieur à 200 000 € ? Oui Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PRÊT(S)

Objet du (des) prêt(s) : Rachat de crédits

La part immobilière du projet est-elle supérieure ou égale à 60 % ? Oui Non

Montant du prêt	Quotité à garantir (en %)	Durée totale du prêt (différé inclus, en mois)	Différé d'amortissement (en mois) ⁽¹⁾	Taux d'intérêt	Type de Prêt				
					Amortissable	Amortissable progressif	In fine ⁽¹⁾	Par paliers	Par paliers progressifs
€		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>				
€		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>				
€		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>				
€		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>				

(1) 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

GARANTIES ET OPTION SOUHAITÉES⁽²⁾

Garanties	Option Plus
<input type="checkbox"/> a) Décès P.T.I.A.	
<input type="checkbox"/> b) Décès P.T.I.A. + I.P.T.	
<input type="checkbox"/> c) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> d) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T. + I.P.P.	

Date d'effet souhaitée :

Date de prélèvement souhaitée : Le 6 du mois Le 20 du mois

[2] Seules sont accordées à l'Assuré les garanties et option mentionnées aux Conditions particulières



ÉTABLISSEMENT DE CRÉDIT

Établissement de crédit : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Établissement de crédit
 Autre(s) bénéficiaire(s) à préciser : _____

Le bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès est :

- si l'Établissement de crédit est désigné bénéficiaire en cas de décès, le bénéficiaire est également l'Établissement de crédit ;
- si l'Établissement de crédit n'est pas désigné bénéficiaire en cas de décès, le bénéficiaire est l'Assuré.

PRIME

Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle Unique

Frais de dossier : _____ € TTC (soit _____ € HT dont 30 € conservés par l'Assureur et intégrés à la première prime)

Étalement du règlement des frais de dossier* (hors part assureur) :

- Oui Les frais de dossier seront prélevés au cours de la 1^{ère} année de paiement des primes selon la périodicité choisie
 Non Les frais de dossier seront intégralement inclus dans la première prime

Montant de la première prime : _____ € TTC

* Les périodicités Annuelle et Unique ne permettent pas l'étalement des frais de dossier

SITUATION PERSONNELLE

COCHER LES CASES «Oui» OU «Non»	
• Au cours des 12 derniers mois précédent la souscription, avez-vous fumé ou vapoté (plus de 30 mg de nicotine par mois, par exemple un flacon de 10 ml dosé à 3 mg/ml) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Êtes-vous salarié cadre, fonctionnaire de la catégorie A, chef d'entreprise, travailleur non salarié ou profession libérale, toujours en activité ou retraité(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel (les professions manuelles regroupent les métiers où l'on effectue un travail physique ou des mouvements répétitifs, ou encore où l'on utilise des outils motorisés, du matériel de manutention, des engins de construction ou des machines agricoles) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ACTIVITÉ(S) PROFESSIONNELLE(S)

Profession(s) actuelle(s) : _____

Catégories socioprofessionnelles : Salarié cadre, fonctionnaire de la catégorie A, chef d'entreprise, travailleur non-salarié ou profession libérale
 Salarié non cadre ou fonctionnaire de la catégorie B ou C ou artisan
 Conjoint collaborateur, Intérimaire
 Intermittent, saisonnier, demandeur d'emploi ou sans profession
 Retraité anciennement salarié cadre, fonctionnaire de la catégorie A, chef d'entreprise, travailleur non-salarié ou profession libérale
 Retraité autre

Activité professionnelle spécifique : _____

Sous-catégorie de l'activité exercée : _____



Je soussigné(e),

- Demande à souscrire au contrat Assurance Emprunteur-L - Regroupement de crédits.
- Reconnaît avoir reçu et pris connaissance de la Note d'information du contrat Assurance Emprunteur-L - Regroupement de Crédits (Réf. AE LEMOINE RACHAT DE CREDITS_NI_1125) définissant les garanties dudit contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de sinistre ainsi que les conditions d'exercice du droit de renonciation et le modèle de lettre à utiliser.
- Reconnaît avoir reçu, s'il y a lieu, le document d'information sur le produit d'assurance (Réf. AE LEMOINE RACHAT DE CREDITS_IPID_1125).
- Atteste savoir que toute réticence ou fausse déclaration dans mes réponses est de nature à fausser l'idée du risque à couvrir, et m'expose donc aux sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.
- L'Assureur accorde une grande importance à la protection et à la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : <https://www.afi-esca.com/informations/rgpd>.

L'Assureur, en sa qualité de Responsable de traitement, est amené dans le cadre de l'étude de la demande de contrat d'assurance ou de capitalisation et de l'exécution du Contrat à collecter des données personnelles relatives aux parties et autres personnes concernées par le contrat ; ces données ne sont pas collectées à des fins de prospection commerciale..

L'Assureur s'engage à ce titre à se conformer, et à faire respecter par ses collaborateurs et sous-traitants, la législation afférente en vigueur, notamment la loi 78-17 modifiée. Ces données sont exclusivement destinées à l'Assureur, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi que le cas échéant, aux autorités administratives, fiscales, judiciaires, françaises et/ou étrangères.

Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables. Les parties et autres personnes concernées par le contrat bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement relatif aux données les concernant ainsi qu'un droit à la portabilité, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@afi-esca.com ou par courrier : Service Clients d'AFI-ESCA, CS 30019, 59042 Lille Cedex. S'agissant des données collectées exclusivement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

S'agissant des données téléphoniques, les parties et autres personnes concernées par le contrat peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr

La personne à assurer

Signature



AFI-ESCA propose dans le cadre de l'application de la Convention AERAS, des conditions de garantie spécifiques et adaptées pour les personnes souhaitant s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé. Pour plus d'informations, nous vous invitons à demander conseil à votre intermédiaire d'assurance ou à consulter la rubrique « AERAS » de notre site internet.



www.afi-esca.com

AFI-ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. ADEME : 567555 : FR340363_01KAMH. Adresse postale : AFI-ESCA - CS 30019 - 59042 Lille Cedex.

AFI-ESCA PATRIMOINE : Société de courtage d'assurance. Société par Actions Simplifiée au capital de 130 000 euros ent. versés. R.C.S. Strasbourg 418 903 290. N° T.V.A. FR 95 418 903 290. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. N° ORIAS : 07 008 442 - www.orias.fr.