

ADHERENT (si différent de l'assuré)

Nom / Prénom ou Raison Sociale : _____
 Adresse : _____
 Code Postal - Ville : _____

PERSONNE A ASSURER : EMPRUNTEUR CO-EMPRUNTEUR CAUTION

M. Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____
 Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : ____/____/____
 Situation de famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e)
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 N° téléphone : _____ E-mail : _____
 Profession actuelle ou passée : _____ Secteur d'activité : _____
 Statut : Cadre Prof. libérale Non cadre/ag. de maîtrise Commerçant Artisan Exploitant agricole Fonctionnaire

A NE REMPLIR QUE SI L'ASSURÉ À - DE 60 ANS À L'ADHÉSION ET EN CAS DE SOUSCRIPTION A LA GARANTIE ITT / IPT

Manutention : Pas de manutention ou -15 kgs +15 kgs Manipulation outils dangereux OUI NON
 Déplacements professionnels (hors trajet domicile/bureau) : - de 15.000 kms / an +15.000 kms / an
 Classe de tarification : Classe 1 Classe 2 Classe 3

TARIFICATION SPECIAL NON FUMEUR

Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande expresse du corps médical : Oui, je suis non fumeur Non, je fume
 Ces déclarations font partie intégrante de mon adhésion. Toute réticence ou fausse déclaration entraîne la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances.

PRET(S) A GARANTIR (joindre l'offre de prêt)

	1 ^{er} PRET	2 ^e PRET
Capital emprunté	_____ €	_____ €
Durée totale en mois	_____ Mois	_____ Mois
Dont différé d'amortissement en mois	_____ Mois	_____ Mois
Quotité assurée (si assurance sur 2 têtes, joindre la demande d'adhésion du co-emprunteur)	_____ %	_____ %
Taux d'intérêt	_____ %	_____ %
Date prévue de déblocage des fonds	____/____/____	____/____/____
Type de prêt	<input type="checkbox"/> personnel <input type="checkbox"/> professionnel	<input type="checkbox"/> personnel <input type="checkbox"/> professionnel
Périodicité de l'amortissement	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
Type d'amortissement (si amortissement spécifique joindre impérativement le tableau d'amortissement)	<input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> In Fine	<input type="checkbox"/> amortissable <input type="checkbox"/> In Fine

GARANTIES DEMANDEES

1^{er} PRET

2^e PRET

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Décès/perte totale et irréversible d'autonomie | <input checked="" type="checkbox"/> Décès/perte totale et irréversible d'autonomie |
| <input type="checkbox"/> Incapacité temporaire totale / Invalidité Permanente Totale | <input type="checkbox"/> Incapacité temporaire totale / Invalidité Permanente Totale |
| <input type="checkbox"/> Exonération des cotisations | <input type="checkbox"/> Exonération des cotisations |
| <input type="checkbox"/> Perte d'emploi | <input type="checkbox"/> Perte d'emploi |

COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT PRETEUR, BENEFICIAIRE ACCEPTANT

Nom de la Banque : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____

MONTANT ET MODE DE REGLEMENT DE LA COTISATION (joindre le devis Internet)

<input type="checkbox"/> Par chèque : fractionnement annuel <input type="checkbox"/> Par prélèvement : <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Semestriel	COTISATION 1^{ER} PRET		COTISATION 2^E PRET	
	Montant de la cotisation fractionnée : _____ €	Frais d'échéance (2€/mois) : _____ €	Montant de la cotisation fractionnée : _____ €	Frais d'échéance (2€/mois) : _____ €
	Frais d'adhésion : 23 €			
	Montant total dû (2 premiers mois en cas de paiement mensuel) : _____ € Joindre impérativement un chèque de ce montant avec l'envoi de la demande d'adhésion			

Je soussigné(e) :
 - demande à adhérer au contrat d'Assurance collective sur la Vie à adhésion facultative « EMPRUNTEA » ;
 - déclare avoir pris connaissance des conditions énumérées ci-dessus et du tarif ;
 - reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales du contrat groupe valant Notice d'Information ;
 - reconnais avoir reçu et conservé un exemplaire de cette Notice d'information ;
 - reconnais avoir été informé que le Médecin Conseil se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires et je m'engage à lui fournir ;
 - certifie que les réponses consignées ci-dessus sont complètes et sincères et que je n'ai rien dissimulé ;
 - reconnais avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément aux articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances.

Fait à : _____ , le : _____

LU ET APPROUVÉ,
 SIGNATURE DE L'ADHÉRENT - (SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ)

LU ET APPROUVÉ, SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

LU ET APPROUVÉ
 CODE : _____ TCV : _____ %

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (D.E.S)

A compléter et à signer par l'assuré

A adresser au Médecin Conseil de SOLLY AZAR SANTE & VIE - 44 / 50 avenue du Capitaine Glarner 93407 Saint-Ouen Cedex
Télécopie : 01 49 48 29 41 - sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe jointe

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Votre poids (en kg) : _____ taille (en cm) : _____

1- Etes-vous sous surveillance médicale et traitement médical pour tension artérielle ? Oui Non
a) Si oui, votre tension est-elle comprise entre 9/6 et 14/8 ? Oui Non

2- Etes-vous sous surveillance médicale et traitement médical pour Hypercholestérolémie ? Oui Non
Si oui, indiquez votre taux de cholestérol : a) Inférieur à 2.70 g/l Oui Non
b) Entre 2.70 g/l et 2.90 g/l Oui Non
c) Entre 2.90 g/l et 3.20 g/l Oui Non
d) Supérieur à 3.20 g/l Oui Non

3- Etes-vous en arrêt de travail actuellement à la suite d'une maladie ou un accident ? Oui Non

4- Etes-vous ou avez-vous été sous surveillance médicale ou sous traitement médical :
a) pour maladie rhumatismale, articulaire, arthrose, lumbago ou sciatique ? Oui Non
b) pour affections disco-vertébrales ? Oui Non
c) pour troubles psychiques, dépression nerveuse ? Oui Non
d) pour maladie endocrinienne (diabète, thyroïde ...) ? Oui Non
e) pour troubles cardiaques ou vasculaires (artériels et veineux) ? Oui Non
f) pour maladies digestives ou du foie ? Oui Non
g) pour troubles neurologiques ? Oui Non
h) pour cancer ou tumeur ? Oui Non
i) pour sclérose en plaques ? Oui Non
j) pour maladie respiratoire ? Oui Non
k) pour maladies des reins, vessie, gynécologique ? Oui Non

5- Au cours des 5 dernières années avez-vous bénéficié d'opérations ou séjourné en hôpital, clinique, centre hospitalier spécialisé, centre de rééducation ou de réadaptation, maison de repos ou de santé ou tout autre établissement dispensant des soins prescrit par un médecin (sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires et maternité sans complication) ? Oui Non

6- Devez-vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ? Oui Non

7- Etes-vous atteint d'une affection chronique ou congénitale, d'une infirmité ou invalidité ? Oui Non

8- Les examens à visée préventive ou diagnostic auxquels vous vous êtes soumis au cours des 3 dernières années (examens de sang ou urines, radios, ECG, échographies, scanners, ostéodensitométrie ou autres) ont-ils mis en évidence des anomalies ? Oui Non

FAIT À : _____

LE : _____

SIGNATURE

ATTENTION : POUR ACCÉLÉRER LE TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER, NOUS VOUS INVITONS À REMPLIR LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (QS) DÈS LORS QU'UNE RÉPONSE POSITIVE EST APPORTÉE AUX QUESTIONS : 2-D), 3, 4, 5, 6, 7 ET 8 ; ÉGALEMENT EN CAS DE RÉPONSE NÉGATIVE À LA QUESTION 1-A).