

Demande d'adhésion au contrat

# Cardif Liberté Emprunteur

Convention d'assurance collective n° 2428/623 à adhésion facultative souscrite par l'Union Française d'Épargne et de Prévoyance (UFEP) auprès de CARDIF Assurance Vie et Cardif-Assurances Risques Divers

Demande de devis d'assurance dans le cadre de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

## 1 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER

Adhérent / assuré 1 (écrire en lettres capitales) :  Mlle  Mme  M.

Emprunteur  Représentant de la caution personne morale  Caution personne physique

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Dpt ou pays : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Vos coordonnées actuelles :

Tél. mobile (ou domicile) : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Votre adresse actuelle :

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Votre adresse future :

Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Quel est votre statut professionnel ?

Salarié non cadre  Salarié cadre  Artisan/Commerçant  Intérimaire/Intermittent/Saisonnier

Profession libérale  Enseignant  Sans profession  Autre : \_\_\_\_\_

Quelle est votre profession exacte ? \_\_\_\_\_

Effectuez-vous plus de 20 000 kms par an dans vos déplacements professionnels en véhicule terrestre à moteur

(hors déplacements en train) ?  Oui  Non

Pratiquez-vous une activité professionnelle comportant un travail manuel important ?  Oui  Non

Votre profession vous expose-t-elle aux risques suivants?  Oui  Non

- manipulation d'explosifs ou de substances toxiques, transport d'explosifs ou de matières dangereuses,

- port ou manipulation d'armes,

- travail à hauteur supérieure à 20 mètres, souterrain, sur site dangereux,

- démolition,

- plongée,

- risques artistiques, politiques, liés à des missions humanitaires, liés aux animaux sauvages,

- les métiers de l'armée, de pompiers, de secouristes, de sécurité civile, de l'aviation, du pétrole-gaz on-shore,

du nucléaire, de la marine marchande et de la pêche,

- les chauffeurs routiers, les guides de haute montagne, les mineurs, les sportifs professionnels,

les cascadeurs, les journalistes, photographes et cameramen de presse.

Les professionnels présentant ces risques feront l'objet d'une étude préalable.

Merci de vous rapprocher de votre conseiller pour plus de détails.

Total des capitaux déjà assurés par CARDIF (en dehors de cette demande) pour : le 1<sup>er</sup> assuré : \_\_\_\_\_ €

Cadre réservé à l'intermédiaire en assurance

Numéro d'apporteur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Numéro d'adhésion \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Cachet commercial de l'intermédiaire en assurance

Adhérent / assuré 2 (écrire en lettres capitales) :  Mlle  Mme  M.

Emprunteur  Représentant de la caution personne morale  Caution personne physique

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Dpt ou pays : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Vos coordonnées actuelles :

Tél. mobile (ou domicile) : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Votre adresse actuelle :

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Votre adresse future :

Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ à compter du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Quel est votre statut professionnel ?

Salarié non cadre  Salarié cadre  Artisan/Commerçant  Intérimaire/Intermittent/Saisonnier

Profession libérale  Enseignant  Sans profession  Autre : \_\_\_\_\_

Quelle est votre profession exacte ? \_\_\_\_\_

Effectuez-vous plus de 20 000 kms par an dans vos déplacements professionnels en véhicule terrestre à moteur

(hors déplacements en train) ?  Oui  Non

Pratiquez-vous une activité professionnelle comportant un travail manuel important ?  Oui  Non

Votre profession vous expose-t-elle aux risques suivants?  Oui  Non

- manipulation d'explosifs ou de substances toxiques, transport d'explosifs ou de matières dangereuses,

- port ou manipulation d'armes,

- travail à hauteur supérieure à 20 mètres, souterrain, sur site dangereux,

- démolition,

- plongée,

- risques artistiques, politiques, liés à des missions humanitaires, liés aux animaux sauvages,

- les métiers de l'armée, de pompiers, de secouristes, de sécurité civile, de l'aviation, du pétrole-gaz on-shore,

du nucléaire, de la marine marchande et de la pêche,

- les chauffeurs routiers, les guides de haute montagne, les mineurs, les sportifs professionnels,

les cascadeurs, les journalistes, photographes et cameramen de presse.

Les professionnels présentant ces risques feront l'objet d'une étude préalable.

Merci de vous rapprocher de votre conseiller pour plus de détails.

Total des capitaux déjà assurés par CARDIF (en dehors de cette demande) pour : le 2<sup>e</sup> assuré : \_\_\_\_\_ €



## 1 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER (SUITE)

Au cours des 2 dernières années, avez-vous fumé même à titre occasionnel, ou arrêté de fumer sur demande expresse du corps médical ?

Oui (fumeur)  Non (non-fumeur)

Etes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de la Norvège, de l'Islande, des Etats-Unis, du Canada, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ?  Oui  Non

Souhaitez-vous être garanti pour votre risque de séjour ?

Si oui, merci de compléter le questionnaire de risque de séjour  Non

Si vous êtes deux assurés ayant souscrit un même contrat de prêt, vous bénéficiez d'une réduction de 10 % sur les cotisations.

## 2 ADHÉRENT PERSONNE PHYSIQUE SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ

Mlle  Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

## 3 ADHÉRENT PERSONNE MORALE SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ

Entreprise adhérente ou SCI :

Dénomination sociale : \_\_\_\_\_

N° Siren : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Demande d'ouverture d'Enveloppe d'Assurance

Demande d'utilisation de l'Enveloppe d'Assurance

(Pour plus de détails, reportez vous aux modalités décrites dans le document « Votre Demande d'Enveloppe d'Assurance » disponible auprès de votre conseiller)

Correspondant dans l'entreprise ou SCI :

Mlle  Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### Bénéficiaire des garanties

Le bénéficiaire des garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle, incapacité temporaire totale de travail, et perte d'emploi, est chaque organisme prêteur/crédit-bailleur dont les coordonnées figurent ci-après.

Dans le cadre de l'option prévoyance, ou des adhésions effectuées par une personne physique en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur, le capital est versé en cas de décès, à l'assuré survivant, ou à défaut au conjoint de l'assuré à la date du décès, ou au partenaire auquel il est lié par un PACS à la date du décès, ou à son concubin à la date du décès, ou à ses enfants vivants ou, en cas de décès de l'un d'entre eux, ses représentants, à défaut à ses héritiers.



## 4 CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S) À ASSURER

Adhésion à la convention d'assurance collective n° 2428/623 en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur  Oui  Non

### Prêt(s) contracté(s) auprès de (préciser le nom et adresse de l'organisme prêteur / crédit-bailleur) : \_\_\_\_\_

Nature du prêt	Capital emprunté <sup>(2)</sup>	Durée totale (mois)	Dont différé d'amortissement (mois)	Taux nominal	Quotité assurée	Formules de garanties <sup>(3)</sup>	Assuré 1 2	Franchise (jours)	Assuré 1 2	échéances	Assurés 1 et 2	Assurés 1 et 2
<input type="checkbox"/> Amortissable à taux : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable ou Révisable <input type="checkbox"/> À palier <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Crédit-bail <sup>(2)</sup>	_____ €	_____	_____	_____ %	Assuré 1 _____ % Assuré 2 _____ %	Décès Décès/PTIA Décès/PTIA/IPT Décès/PTIA/IPT/ITT Décès/PTIA/IPT/ITT/IPP Décès/PTIA/IP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30 60 90 180	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Périodicité Mensuelle Trimestrielle Annuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type Constantes Modulables Variables (prêt à paliers) Amortissement linéaire
<input type="checkbox"/> Amortissable à taux : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable ou Révisable <input type="checkbox"/> À palier <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Crédit-bail <sup>(2)</sup>	_____ €	_____	_____	_____ %	Assuré 1 _____ % Assuré 2 _____ %	Décès Décès/PTIA Décès/PTIA/IPT Décès/PTIA/IPT/ITT Décès/PTIA/IPT/ITT/IPP Décès/PTIA/IP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30 60 90 180	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Périodicité Mensuelle Trimestrielle Annuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type Constantes Modulables Variables (prêt à paliers) Amortissement linéaire
<input type="checkbox"/> Amortissable à taux : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable ou Révisable <input type="checkbox"/> À palier <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Crédit-bail <sup>(2)</sup>	_____ €	_____	_____	_____ %	Assuré 1 _____ % Assuré 2 _____ %	Décès Décès/PTIA Décès/PTIA/IPT Décès/PTIA/IPT/ITT Décès/PTIA/IPT/ITT/IPP Décès/PTIA/IP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30 60 90 180	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Périodicité Mensuelle Trimestrielle Annuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type Constantes Modulables Variables (prêt à paliers) Amortissement linéaire
<input type="checkbox"/> Amortissable à taux : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable ou Révisable <input type="checkbox"/> À palier <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Crédit-bail <sup>(2)</sup>	_____ €	_____	_____	_____ %	Assuré 1 _____ % Assuré 2 _____ %	Décès Décès/PTIA Décès/PTIA/IPT Décès/PTIA/IPT/ITT Décès/PTIA/IPT/ITT/IPP Décès/PTIA/IP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30 60 90 180	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Périodicité Mensuelle Trimestrielle Annuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type Constantes Modulables Variables (prêt à paliers) Amortissement linéaire

(1) Pour éviter toute erreur de cotisation pour les prêts à paliers et les prêts à taux zéro, joindre une copie du tableau d'amortissement ou du plan de financement.

(2) En cas de crédit-bail : merci de préciser le montant des loyers et le montant de la valeur résiduelle.

(3) Conformément au tableau prévu à l'article 3 de la notice.



## 4 CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S) À ASSURER (SUITE)

La Convention AERAS prévoit la prise en charge de tout ou partie de la surprime médicale sous conditions. Dans ce cadre, merci de bien vouloir indiquer :

- si votre projet a pour but de financer votre résidence principale  Oui  Non
- si vous bénéficiez d'un financement à taux zéro  Oui  Non
- si votre prêt a pour objet le financement : d'un prêt professionnel  Oui  Non d'un prêt immobilier  Oui  Non

## 5 OPTIONS DEMANDÉES

- Option sérénité<sup>(4)</sup> (Rachat des exclusions relatives aux atteintes discales et/ou vertébrales ou aux affections psychiatriques, de troubles anxio-dépressifs, de cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique sous conditions prévues à l'article 2.2 de la notice)   Assuré 1 Assuré 2
- Option sérénité +<sup>(4)</sup> (Rachat des exclusions relatives aux atteintes discales et/ou vertébrales ou aux affections psychiatriques, de troubles anxio-dépressifs, de cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique sous conditions prévues à l'article 2.2 de la notice)
- Option prévoyance en cas de décès (réservée aux cas d'adhésion par deux assurés)
- Extension des garanties PTIA, IPT, ITT, IP, IPP jusqu'à 70 ans
- Option perte d'emploi (réservée aux formules 4 et 5 et aux prêts autres que les prêts relais et prêts in fine). Dans ce cas, merci de compléter et signer la déclaration d'état d'emploi disponible auprès de votre conseiller.

• Je demande à être garanti pour la pratique de ce(s) sport(s) :

- navigation et activités aériennes
- activités mécaniques en compétition
- plongée sous marine à plus de 10 mètres sans bouteille et à plus de 20 mètres avec bouteille
- navigation maritime et les activités nautiques
- sports de neige, de glace, de montagne, d'alpinisme, pratiqués hors piste et hors chemin balisé
- spéléologie si équipement spécial
- canyoning, rafting
- saut à l'élastique
- sports de combat, la boxe s'ils ne sont pas pratiqués dans un club
- activités équestres en compétition, courses, concours ou chasse à courre

(4) Les options sérénité et sérénité+ sont accessibles uniquement avec les franchises de 90 jours ou 180 jours.

## 6 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Date de prise d'effet souhaitée (il s'agit de la date de début de couverture qui déclenche le premier prélèvement) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Dispositions en cas de vente à distance<sup>(5)</sup>** : 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/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.

(5) 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.

## 7 PÉRIODICITÉ DES PRÉLÈVEMENTS

Le prélèvement de vos cotisations sera mensuel sauf si vous nous indiquez une périodicité autre ci-dessous :

Assuré 1 :  Trimestrielle  Annuelle Assuré 2 :  Trimestrielle  Annuelle



## 8 PAIEMENT DES COTISATIONS

Je donne mandat à CBP Solutions de prélever les cotisations sur le compte bancaire désigné sur le mandat de prélèvement et signé et qui est joint à ma demande d'adhésion.

*Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique. L'adhérent est informé de la possibilité de régler les cotisations par chèque établi à l'ordre de CBP sur demande écrite. En revanche, le paiement par mandat cash, n'est pas autorisé.*

## 9 DÉCLARATIONS

L'adhérent demande à adhérer à :

- l'association UFEF (Union Française d'Épargne et de Prévoyance). La qualité de membre adhérent à l'UFEF s'acquiert par le versement d'un droit unique d'admission sans droit de reprise de 1 € offert par CARDIF;
- la convention d'assurance collective n° 2428/623 CARDIF LIBERTÉ EMPRUNTEUR à adhésion facultative, souscrite par l'UFEF auprès de CARDIF Assurances Vie et CARDIF-Assurances Risques Divers, conformément aux conditions d'admission. Des frais de dossier, d'un montant de 10 € par adhérent au titre de l'adhésion, seront prélevés en même temps que la première cotisation.

Si la formule 3, 4, 5 ou 6 a été choisie, l'(les) assuré(s) déclare(nt) sur l'honneur exercer une activité professionnelle rémunérée. L'adhérent et l'assuré reconnaissent préalablement à la demande d'adhésion avoir été informés des dispositions de la convention AERAS, avoir reçu, pris connaissance, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la notice.

L'adhérent et l'assuré autorisent CARDIF à utiliser leur adresse électronique (e-mail), leur SMS, dans le cadre de l'exécution de leur contrat. Ces données ne seront pas utilisées à des fins de sollicitation commerciale.

**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, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF. L'adhérent et l'assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF - Service Relation Clients - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre 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 9.2 de la notice.

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent/assuré 1

Signature de l'adhérent/assuré 2

Cachet de l'entreprise adhérente  
et signature de la personne habilitée pour l'entreprise

### UFEF

Association régie  
par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
sur les Associations et  
par les articles L. 141-7  
et R. 141 du Code des assurances  
Siège social : 1, rue des Fondrières  
92000 Nanterre

### CARDIF Assurance Vie

Entreprise régie  
par le Code des assurances  
S.A. au capital de 712 340 624 €  
712 340 624 RCS Paris  
Siège social : 1, boulevard Haussmann  
TSA 93000 - 75318 Paris cedex 09  
Bureaux : 8, rue du Port  
92728 Nanterre Cedex  
Tél. 01.41.42.83.00

### CARDIF-Assurances Risques Divers

Entreprise régie  
par le Code des assurances  
S.A. au capital de 16 875 840 €  
308 896 547 RCS Paris  
Siège social : 1, boulevard Haussmann  
TSA 93000 - 75318 Paris Cedex 09  
Bureaux : 8, rue du Port  
92728 Nanterre Cedex  
Tél. 01.41.42.83.00

### CBP Solutions

S.A.S. au capital de 336 480 €  
433 841 285 RCS Nanterre  
Siège social : 3 rue Victor Schoetcher  
Bâtiment E et F - 44800 Saint Herblain  
Courtier et gestionnaire du contrat,  
N° ORIAS 07 009 023



# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (Adhérent 1)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CBP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CBP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

*Veillez compléter les champs marqués \**

Nom *	Nom / Prénoms ou dénomination sociale du débiteur	
Adresse*	Numéro et nom de la rue _____ Pays _____ Code Postal _____ Ville _____	
Les coordonnées de votre compte *	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) _____ Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) _____	
Nom du créancier	CBP	
I. C. S	F R 9 6 C B P 4 0 8 0 1 0 Identifiant Créancier SEPA	
Adresse du créancier	3 r Victor Schoelcher CS 20008 44967 Nantes cedex 9 FRANCE	
Contrat concerné	Cardif Liberté Emprunteur      Numéro d'adhésion au contrat :	

Nom de l'adhérent	Nom / Prénoms ou dénomination sociale de l'adhérent	
Type de paiement	Paiement récurrent / répétitif	

Signé à\* \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature(s)/\* Signature du représentant légal de la personne morale**

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (Adhérent 2)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CBP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CBP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

*Veillez compléter les champs marqués \**

Nom *	Nom / Prénoms ou dénomination sociale du débiteur	
Adresse*	Numéro et nom de la rue _____ Pays _____ Code Postal _____ Ville _____	
Les coordonnées de votre compte *	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) _____ Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) _____	
Nom du créancier	CBP	
I. C. S	F R 9 6 C B P 4 0 8 0 1 0 Identifiant Créancier SEPA	
Adresse du créancier	3 r Victor Schoelcher CS 20008 44967 Nantes cedex 9 FRANCE	
Contrat concerné	Cardif Liberté Emprunteur      Numéro d'adhésion au contrat :	

Nom de l'adhérent	Nom / Prénoms ou dénomination sociale de l'adhérent	
Type de paiement	Paiement récurrent / répétitif	

Signé à *	_____ le _____
<b>Signature(s)/* Signature du représentant légal de la personne morale</b>	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.