

# CAFPI Emprunteur En Capital Restant Dû

Demande d'adhésion

Demande d'avenant à l'adhésion N° \_\_\_\_\_

Agence CAFPI \_\_\_\_\_

Conseiller \_\_\_\_\_

1<sup>ER</sup> ASSURÉ  Emprunteur  Caution Code T : \_\_\_\_\_

M  Mme

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Vos coordonnées

Adresse actuelle : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Adresse future : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail personnel : .....

Profession réellement exercée : .....

Statut :  Salarié cadre  Salarié non cadre  Profession libérale  Retraité

Artisan/commerçant  Gérant Majoritaire  Sans profession

• Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) :  - 20 000 km/an  + 20 000 km/an

• Exercez-vous une activité de travaux manuels réguliers ou de manutention dans votre travail ?  OUI  NON

• Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?  OUI  NON

• Etes-vous fumeur ?  OUI  NON

Si non, signer et dater la déclaration spéciale non-fumeur ci-dessous :

## DÉCLARATION "NON-FUMEUR"

Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion, sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical.

Date : ..... Signature du 1<sup>er</sup> assuré :

2<sup>E</sup> ASSURÉ  Co-Emprunteur  Caution Code T : \_\_\_\_\_

M  Mme

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Vos coordonnées

Adresse actuelle : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date prévue de déménagement : .....

Téléphone : .....

E-mail personnel : .....

Profession réellement exercée : .....

Statut :  Salarié cadre  Salarié non cadre  Profession libérale  Retraité

Artisan/commerçant  Gérant Majoritaire  Sans profession

• Nbre de km professionnels/an (avec véhicule terrestre à moteur et hors trajet domicile/travail) :  - 20 000 km/an  + 20 000 km/an

• Exercez-vous une activité de travaux manuels réguliers ou de manutention dans votre travail ?  OUI  NON

• Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ?  OUI  NON

• Etes-vous fumeur ?  OUI  NON

Si non, signer et dater la déclaration spéciale non-fumeur ci-dessous :

## DÉCLARATION "NON-FUMEUR"

Je déclare sur l'honneur ne pas fumer ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion, sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical.

Date : ..... Signature du 2<sup>e</sup> assuré :

## CARACTÉRISTIQUES DU(DES) PRÊT(S)

Date d'acceptation de l'offre du(des) prêt(s) : \_\_\_\_\_

Montant initial du prêt (en €)	Nature du Prêt	Taux Hors Assurance	Type de taux	Durée (en mois) (1)	Différé d'amortissement (en mois)	Prêt par paliers O/N (2)
①	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V			
②	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V			
③	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V			
④	<input type="checkbox"/> Amort <input type="checkbox"/> In-Fine		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V			

(1) Hors différé d'amortissement • (2) Joindre le détail des prêts paliers

Date d'effet de l'assurance = au plus tôt date d'acceptation de l'offre de prêt par l'assuré • Durée de l'assurance = Durée du prêt (sous réserve des limites de garanties)

## ADHÉRENT (si différent du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> assuré)

Raison sociale de l'entreprise / Nom-Prénom : ..... N° Siren : .....

Date de naissance (si personne physique) : ..... Nom du correspondant de l'entreprise : .....

Adresse : ..... E-mail : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....

## PARAPHES

Paraphe du 1<sup>er</sup> assuré :

Paraphe du 2<sup>e</sup> assuré :

Paraphe de l'adhérent (si différent du 1<sup>er</sup> assuré ou du 2<sup>e</sup> assuré) :

## GARANTIES SOUSCRITES

	Prêt(s)	Capital emprunté	Option choisie*		Quotité à assurer		Capital Assuré		Garanties optionnelles : Rachat dos / psy	
			1 <sup>er</sup> Assuré	2 <sup>e</sup> Assuré	1 <sup>er</sup> Assuré	2 <sup>e</sup> Assuré	1 <sup>er</sup> Assuré	2 <sup>e</sup> Assuré	1 <sup>er</sup> Assuré	2 <sup>e</sup> Assuré
Couverture de prêt	①									
	②									
	③								<input type="checkbox"/> DOS	<input type="checkbox"/> DOS
	④									
Prévoyance Crédit	①								<input type="checkbox"/> PSY	<input type="checkbox"/> PSY
	②									
	③									
	④									

\* OPTION A : Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)  
 OPTION B : Décès - PTIA - Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) et Invalidité Permanente Totale (> 66 %)  
 OPTION C : Décès - PTIA - ITT - Invalidité Permanente Totale et Partielle (> 33 %)

Pour les résidents des DROM, la franchise Incapacité Temporaire Totale de travail est portée à 120 jours.

## BÉNÉFICIAIRES (EN CAS DE DÉCÈS)

Couverture de prêt  
(pour l'organisme prêteur)

- Après la date d'acceptation du risque par l'assureur, le bénéficiaire acceptant pour chaque prêt est l'organisme prêteur dont les coordonnées figurent ci-dessous :  
 Raison sociale : ..... Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Fax : .....  
 E-mail : .....  
 Si la délégation doit être envoyée à une autre adresse, merci de la préciser : Adresse : .....  
 Ville : ..... Téléphone : .....  
 Fax : ..... E-mail : .....
- Entre la date de signature de la présente demande d'adhésion et la date d'acceptation ou de refus du risque par l'assureur, le bénéficiaire est celui indiqué à l'article 2 de la notice d'information sauf avis contraire de votre part.

Prévoyance Crédit

### BÉNÉFICIAIRE(S) DU 1<sup>ER</sup> ASSURÉ

- Le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers légaux de l'assuré.
- Autre(s) bénéficiaire(s) (précisez ci-après)  
 .....  
 .....

### BÉNÉFICIAIRE(S) DU 2<sup>E</sup> ASSURÉ

- Le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers légaux de l'assuré.
- Autre(s) bénéficiaire(s) (précisez ci-après)  
 .....  
 .....

## COTISATIONS

- Total des cotisations annualisées TTC de 1<sup>re</sup> année du 1<sup>er</sup> assuré : \_\_\_\_\_ €
- Total des cotisations annualisées TTC de 1<sup>re</sup> année du 2<sup>e</sup> assuré : \_\_\_\_\_ €

Périodicité (pour l'ensemble des assurés 1 et 2)	Mode de paiement (pour l'ensemble des assurés 1 et 2)
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle Droits d'adhésion à l'AMEP : 5 euros par assuré prélevés uniquement la première année.	<input checked="" type="checkbox"/> Prélèvement automatique obligatoire (minimum 10 €) <b>Compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA. Joindre votre RIB/IBAN.</b>

## ADHÉSION

Je soussigné(e) demande à adhérer à l'Association des Mutualistes pour l'Épargne et la Prévoyance et au contrat "CAFPI Emprunteur - en capital restant dû", souscrit auprès de SPHERIA VIE. Je déclare avoir pris connaissance et reçu un exemplaire de la Notice d'information CGxx-0059-0007, le double de la présente demande d'adhésion et un modèle de lettre de renonciation. Je certifie sincères et exactes les indications portées à ce jour aux paragraphes ci-dessus ainsi qu'aux formalités médicales annexées à la présente demande. **Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.** Les statuts de l'AMEP sont disponibles sur simple demande auprès du siège de l'assureur, du siège de l'AMEP ou sur le site [www.association-amep.fr](http://www.association-amep.fr)

Fait à ....., le : .....

Signature du 1<sup>er</sup> assuré  
précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ » :

Signature du 2<sup>e</sup> assuré  
précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ » :

Signature de l'adhérent (si différent du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> assuré et cachet pour les entreprises) précédée de la mention « LU ET APPROUVÉ » :

**ATTENTION, merci de remplir et signer le cas échéant les formalités médicales jointes à la présente demande d'adhésion avant de la retourner à l'assureur. Si vous choisissez une (ou deux) garanties(s) optionnelle(s), complétez et signez la dernière partie des formalités médicales "garanties optionnelles"**

## Faculté de renonciation

Conformément aux dispositions des articles A.132-4-2 et L.132-5-2 du Code des Assurances, l'adhérent(e) peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires à compter du moment où il est informé de cette adhésion (date de réception de son certificat d'adhésion).

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante :  
SPHERIA Vie - 10 rue Emile Zola - 45000 ORLEANS. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après :

Modèle de lettre de renonciation :

(A adresser à SPHERIA Vie par lettre recommandée avec accusé de réception)

Je soussigné(e) ..... demeurant à ..... déclare renoncer à mon adhésion « CAFPI Emprunteur - en capital restant dû » n° .....  
et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de ma demande.  
Date : ..... Signature : .....

### Informatique et Libertés

Vous êtes informé(e) de la nécessité de répondre à l'ensemble des questions posées, vos réponses étant indispensables au traitement de votre adhésion ainsi qu'à la gestion de votre dossier. Seuls SPHERIA Vie, ses réassureurs ainsi que les associations ou sociétés avec lesquelles elle a souscrit un contrat collectif pourront être destinataires de ces données. Vous pouvez demander, en application des dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant, en faisant parvenir votre demande au siège social de SPHERIA Vie, 10 rue Emile Zola - 45000 ORLEANS

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - CAFPI EMPRUNTEUR - EN CAPITAL RESTANT DÛ

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SPHERIA VIE à envoyer des instructions à votre banque pour débi- ter ce dernier conformément aux instructions de SPHERIA VIE.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Veillez remplir et signer ce mandat, accompagné d'un RIB/IBAN.**

DÉBITEUR : NOM, Prénom, adresse et PAYS DE RÉSIDENCE


CRÉANCIER :

SPHERIA VIE  
10 rue Emile Zola  
45000 ORLEANS  
FRANCE

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA : FR 55 ZZZ 443571

Numéro d'identification du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

BIC

Type de paiement : récurrent

Référence Unique du Mandat (à remplir par le créancier)

RUM

SIGNATURE :


Fait à ..... le :

Les informations contenues dans le présent mandat, 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 libertés.

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - CAFPI EMPRUNTEUR - EN CAPITAL RESTANT DÛ

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SPHERIA VIE à envoyer des instructions à votre banque pour débi- ter ce dernier conformément aux instructions de SPHERIA VIE.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Veillez remplir et signer ce mandat, accompagné d'un RIB/IBAN.**

DÉBITEUR : NOM, Prénom, adresse et PAYS DE RÉSIDENCE


CRÉANCIER :

SPHERIA VIE  
10 rue Emile Zola  
45000 ORLEANS  
FRANCE

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA : FR 55 ZZZ 443571

Numéro d'identification du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

BIC

Type de paiement : récurrent

Référence Unique du Mandat (à remplir par le créancier)

RUM

SIGNATURE :


Fait à ..... le :

Les informations contenues dans le présent mandat, 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 libertés.