

**BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT GROUPE N° 2 009 090 SOUSCRIT  
POUR LES CLIENTS DE CAFPI PAR L'INTERMEDIAIRE DE VITAE ET CERTIFICAT DE GARANTIE**

**Centre de gestion : GIEACM SERVICE PREVOYANCE - 34 rue du Wacken - 67000 STRASBOURG  
Adresse postale : 53 rue Jules Méline - 53098 LAVAL Cedex 9 - Tél. 03 88 14 62 94 - Mail : CGESTELEVIE@televie.fr**

**ASSURÉ 1** Emprunteur  Caution  **ASSURÉ 2** Co-emprunteur  Caution

Nom et prénom : ..... Nom et prénom : .....

Date de naissance : ..... Date de naissance : .....

Profession : ..... Profession : .....

Situation de famille : ..... N° Tél. .... Situation de famille : ..... N° Tél. ....

Adresse actuelle : .....

Adresse future si résidence principale : .....

Date de déménagement : ..... Emprunteur si différent de la personne à assurer : .....

Objet de l'opération : RP  RS  RACHAT  RL  Opération liée à une défiscalisation Oui  Non

**NATURE DES PRETS ET BENEFICIAIRES**

Nature du Prêt Amort In Fine	Taux d'intérêt	Durée (mois)	Montant initial du prêt	QUOTITÉ A ASSURER				OPTION DE GARANTIE		PRIME ANNUELLE	
				BANQUE		AUTRE BÉNÉFICIAIRE		BANQUE	AUTRE	Assuré 1	Assuré 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Assuré 1	Assuré 2	Assuré 1	Assuré 2				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

**OPTION 1**  Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à hauteur de 100% **Total des primes à prélever**

**OPTION 2**  Option 1 + Incapacité de Travail et Invalidité Permanente (IPT) > à 66 % à hauteur de 100%  **OPTION 2 Bis** = option 2 avec IPP > 33 %

**OPTION CHOMAGE** : Complémentaire uniquement à l'option 1 ou 2. **ASSURE 1** : Couverture  25% ou  50%. **ASSURE 2** : Couverture  25% ou  50%.

**OPTIONS RESERVEES AUX OPERATIONS DE DEFISCALISATION :**

**OPTION 3**  Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

	prêt amortissable	prêt In fine
jusqu'à 60 ans	2,20 *	3,50 *
de 61 à 65 ans	4,10 *	5,00 *
plus de 65 ans	11,50 *	25 *

**OPTION 4**  Option 3 + Incapacité de Travail et Invalidité Permanente et Totale : prêt amortissable uniquement : jusqu'à 60 ans 3,20 \* de 61 à 65 ans 5,10 \*

\* Coût exprimé en Euros/mois pour 10.000 EUR assurés.

**SOUSCRIPTION**

Je soussigné autorise la contractante à souscrire sur ma tête une assurance conformément aux dispositions du contrat ci-dessus référencé et à prélever la prime sur le compte bancaire suivant l'autorisation de prélèvement d'un minimum de 30 € à terme par avance :  M  T  S  A

**IMPORTANT : L'assurance ne pourra être effective qu'à réception, par le Centre de Gestion, de l'autorisation de prélèvement Télévie précisant la date d'acceptation de l'offre de prêt, accompagnée d'un RIB. Cet envoi conditionne le prélèvement des cotisations et la prise d'effet des garanties. Informations complémentaires sur le bénéficiaire des prestations (dénomination exacte, adresse) :**

**BENEFICIAIRES (identité et adresse)**

Banque : .....

Autre bénéficiaire(assuré 1) : .....

Autre bénéficiaire(assuré 2) : .....

**TARIF SPECIAL NON-FUMEUR**

L'assuré non-fumeur déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande expresse du corps médical.  je suis fumeur  je suis fumeur  
 je suis non-fumeur  je suis non-fumeur

**L'assuré a l'obligation d'informer l'assureur dans les 3 mois s'il se met ou remet à fumer, même occasionnellement, lorsqu'il a déclaré être non-fumeur à l'adhésion : le tarif fumeur lui sera alors appliqué. La non déclaration de cet événement entraînera l'application de l'article L 113-8 du Code des Assurances (annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle)**

**DECLARATION D'ETAT DE SANTE**

Réponse par OUI ou NON à chaque question, à compléter de la main de l'Adhérent

a) Etes-vous actuellement en arrêt partiel ou total de travail par suite de maladie ou d'accident ? .....	ASSURE 1	ASSURE 2
b) Etes-vous atteint(e) d'une maladie, affection ou infirmité de quelque nature que ce soit ? .....		
c) Suivez-vous un traitement prescrit médicalement ? .....		
d) Effectuez-vous ou devez-vous effectuer des examens ou contrôles médicaux ? .....		
e) Avez-vous été opéré(e), accidenté(e) ou hospitalisé(e) au cours des cinq dernières années ? .....		

(sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, maternité et extraction des dents de sagesse)

**Si vous devez répondre OUI à une des questions ou lorsque le montant du prêt dépasse le seuil fixé par l'Assureur, il y a lieu de se référer aux formalités médicales exigées par l'Assureur et rappelées dans le formulaire réf. 41.18.73.**

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance conclu entre SERENIS VIE et VITAE et en conserver un exemplaire. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, qui serviront de base à mon adhésion. **Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances.**

**NB : LA GARANTIE ACCIDENTELLE VOUS EST OFFERTE (Voir article 3.1 de la notice d'information)**

Date et Signature Assuré 1	Date et Signature Assuré 2	Admission par l'intermédiaire	Instance de décision	Prêteur
		Cachet et signature Vitae	Cachet Vitae	Cachet et signature



**BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT GROUPE N° 2 009 090 SOUSCRIT  
 POUR LES CLIENTS DE CAFPI PAR L'INTERMEDIAIRE DE VITAE ET CERTIFICAT DE GARANTIE**

**Centre de gestion : GIEACM SERVICE PREVOYANCE - 34 rue du Wacken - 67000 STRASBOURG  
 Adresse postale : 53 rue Jules Méline - 53098 LAVAL Cedex 9 - Tél. 03 88 14 62 94 - Mail : CGESTELEVIE@televie.fr**

**ASSURÉ 1** Emprunteur  Caution  **ASSURÉ 2** Co-emprunteur  Caution

Nom et prénom : ..... Nom et prénom : .....

Date de naissance : ..... Date de naissance : .....

Profession : ..... Profession : .....

Situation de famille : ..... N° Tél. .... Situation de famille : ..... N° Tél. ....

Adresse actuelle : .....

Adresse future si résidence principale : .....

Date de déménagement : ..... Emprunteur si différent de la personne à assurer : .....

Objet de l'opération : RP  RS  RACHAT  RL  Opération liée à une défiscalisation Oui  Non

**NATURE DES PRETS ET BENEFICIAIRES**

Nature du Prêt	Taux d'intérêt	Durée (mois)	Montant initial du prêt	QUOTITÉ A ASSURER				OPTION DE GARANTIE		PRIME ANNUELLE	
				BANQUE		AUTRE BÉNÉFICIAIRE		BANQUE	AUTRE	Assuré 1	Assuré 2
Amort	In Fine			Assuré 1	Assuré 2	Assuré 1	Assuré 2				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

**OPTION 1**  Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à hauteur de 100% **Total des primes à prélever**  
**OPTION 2**  Option 1 + Incapacité de Travail et Invalidité Permanente (IPT) > à 66 % à hauteur de 100%  **OPTION 2 Bis** = option 2 avec IPP > 33 %  
**OPTION CHOMAGE** : Complémentaire uniquement à l'option 1 ou 2. **ASSURE 1** : Couverture  25% ou  50%. **ASSURE 2** : Couverture  25% ou  50%.

**OPTIONS RESERVEES AUX OPERATIONS DE DEFISCALISATION :**

**OPTION 3**  Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

	prêt amortissable	prêt In fine
jusqu'à 60 ans	2,20 *	3,50 *
de 61 à 65 ans	4,10 *	5,00 *
plus de 65 ans	11,50 *	25 *

**OPTION 4**  Option 3 + Incapacité de Travail et Invalidité Permanente et Totale : prêt amortissable uniquement : jusqu'à 60 ans 3,20 \* de 61 à 65 ans 5,10 \*

\* Coût exprimé en Euros/mois pour 10.000 EUR assurés.

**SOUSCRIPTION**

Je soussigné autorise la contractante à souscrire sur ma tête une assurance conformément aux dispositions du contrat ci-dessus référencé et à prélever la prime sur le compte bancaire suivant l'autorisation de prélèvement d'un minimum de 30 € à terme par avance :  M  T  S  A

**IMPORTANT : L'assurance ne pourra être effective qu'à réception, par le Centre de Gestion, de l'autorisation de prélèvement Télévie précisant la date d'acceptation de l'offre de prêt, accompagnée d'un RIB. Cet envoi conditionne le prélèvement des cotisations et la prise d'effet des garanties. Informations complémentaires sur le bénéficiaire des prestations (dénomination exacte, adresse) :**

**BENEFICIAIRES (identité et adresse)**

Banque : .....

Autre bénéficiaire(assuré 1) : .....

Autre bénéficiaire(assuré 2) : .....

**TARIF SPECIAL NON-FUMEUR**

L'assuré non-fumeur déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande expresse du corps médical.  je suis fumeur  je suis non-fumeur

**L'assuré a l'obligation d'informer l'assureur dans les 3 mois s'il se met ou remet à fumer, même occasionnellement, lorsqu'il a déclaré être non-fumeur à l'adhésion : le tarif fumeur lui sera alors appliqué. La non déclaration de cet événement entraînera l'application de l'article L 113-8 du Code des Assurances (annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle)**

**DECLARATION D'ETAT DE SANTE**

Réponse par OUI ou NON à chaque question, à compléter de la main de l'Adhérent

a) Etes-vous actuellement en arrêt partiel ou total de travail par suite de maladie ou d'accident ? .....	ASSURE 1	ASSURE 2
b) Etes-vous atteint(e) d'une maladie, affection ou infirmité de quelque nature que ce soit ? .....	.....	.....
c) Suivez-vous un traitement prescrit médicalement ? .....	.....	.....
d) Effectuez-vous ou devez-vous effectuer des examens ou contrôles médicaux ? .....	.....	.....
e) Avez-vous été opéré(e), accidenté(e) ou hospitalisé(e) au cours des cinq dernières années ? .....	.....	.....

(sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, maternité et extraction des dents de sagesse)

**Si vous devez répondre OUI à une des questions ou lorsque le montant du prêt dépasse le seuil fixé par l'Assureur, il y a lieu de se référer aux formalités médicales exigées par l'Assureur et rappelées dans le formulaire réf. 41.18.73.**

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance conclu entre SERENIS VIE et VITAE et en conserver un exemplaire. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, qui serviront de base à mon adhésion. **Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances.**

**NB : LA GARANTIE ACCIDENTELLE VOUS EST OFFERTE (Voir article 3.1 de la notice d'information)**

Date et Signature Assuré 1	Date et Signature Assuré 2	Admission par l'intermédiaire	Instance de décision	Prêteur
		Cachet et signature Vitae	Cachet Vitae	Cachet et signature



## BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT GROUPE N° 2 009 090 SOUSCRIT POUR LES CLIENTS DE CAFPI PAR L'INTERMEDIAIRE DE VITAE ET CERTIFICAT DE GARANTIE

**Centre de gestion : GIEACM SERVICE PREVOYANCE - 34 rue du Wacken - 67000 STRASBOURG**  
**Adresse postale : 53 rue Jules Méline - 53098 LAVAL Cedex 9 - Tél. 03 88 14 62 94 - Mail : CGESTELEVIE@televie.fr**

**ASSURÉ 1** Emprunteur  Caution  **ASSURÉ 2** Co-emprunteur  Caution

Nom et prénom : ..... Nom et prénom : .....

Date de naissance : ..... Date de naissance : .....

Profession : ..... Profession : .....

Situation de famille : ..... N° Tél. .... Situation de famille : ..... N° Tél. ....

Adresse actuelle : .....

Adresse future si résidence principale : .....

Date de déménagement : ..... Emprunteur si différent de la personne à assurer : .....

Objet de l'opération : RP  RS  RACHAT  RL  Opération liée à une défiscalisation Oui  Non

### NATURE DES PRETS ET BENEFICIAIRES

Nature du Prêt	Taux d'intérêt	Durée (mois)	Montant initial du prêt	QUOTITÉ A ASSURER				OPTION DE GARANTIE		PRIME ANNUELLE	
				BANQUE		AUTRE BÉNÉFICIAIRE		BANQUE	AUTRE	Assuré 1	Assuré 2
				Assuré 1	Assuré 2	Assuré 1	Assuré 2				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

**OPTION 1**  Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à hauteur de 100% **Total des primes à prélever**

**OPTION 2**  Option 1 + Incapacité de Travail et Invalidité Permanente (IPT) > à 66 % à hauteur de 100%  **OPTION 2 Bis** = option 2 avec IPP > 33 %

**OPTION CHOMAGE** : Complémentaire uniquement à l'option 1 ou 2. **ASSURE 1** : Couverture  25% ou  50%. **ASSURE 2** : Couverture  25% ou  50%.

#### OPTIONS RESERVEES AUX OPERATIONS DE DEFISCALISATION :

**OPTION 3**  Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

	prêt amortissable	prêt In fine
jusqu'à 60 ans	2,20 *	3,50 *
de 61 à 65 ans	4,10 *	5,00 *
plus de 65 ans	11,50 *	25 *

**OPTION 4**  Option 3 + Incapacité de Travail et Invalidité Permanente et Totale : prêt amortissable uniquement : jusqu'à 60 ans 3,20 \* de 61 à 65 ans 5,10 \*

\* Coût exprimé en Euros/mois pour 10.000 EUR assurés.

### SOUSCRIPTION

Je soussigné autorise la contractante à souscrire sur ma tête une assurance conformément aux dispositions du contrat ci-dessus référencé et à prélever la prime sur le compte bancaire suivant l'autorisation de prélèvement d'un minimum de 30 € à terme par avance :  M  T  S  A

**IMPORTANT : L'assurance ne pourra être effective qu'à réception, par le Centre de Gestion, de l'autorisation de prélèvement Télévie précisant la date d'acceptation de l'offre de prêt, accompagnée d'un RIB. Cet envoi conditionne le prélèvement des cotisations et la prise d'effet des garanties. Informations complémentaires sur le bénéficiaire des prestations (dénomination exacte, adresse) :**

#### BENEFICIAIRES (identité et adresse)

Banque : .....

Autre bénéficiaire(assuré 1) : .....

Autre bénéficiaire(assuré 2) : .....

#### TARIF SPECIAL NON-FUMEUR

L'assuré non-fumeur déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande expresse du corps médical.  je suis fumeur  je suis fumeur  
 je suis non-fumeur  je suis non-fumeur

**L'assuré a l'obligation d'informer l'assureur dans les 3 mois s'il se met ou remet à fumer, même occasionnellement, lorsqu'il a déclaré être non-fumeur à l'adhésion : le tarif fumeur lui sera alors appliqué. La non déclaration de cet événement entraînera l'application de l'article L 113-8 du Code des Assurances (annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle)**

#### DECLARATION D'ETAT DE SANTE

Réponse par OUI ou NON à chaque question, à compléter de la main de l'Adhérent

	ASSURE 1	ASSURE 2
a) Etes-vous actuellement en arrêt partiel ou total de travail par suite de maladie ou d'accident ? .....	.....	.....
b) Etes-vous atteint(e) d'une maladie, affection ou infirmité de quelque nature que ce soit ? .....	.....	.....
c) Suivez-vous un traitement prescrit médicalement ? .....	.....	.....
d) Effectuez-vous ou devez-vous effectuer des examens ou contrôles médicaux ? .....	.....	.....
e) Avez-vous été opéré(e), accidenté(e) ou hospitalisé(e) au cours des cinq dernières années ? .....	.....	.....

(sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, maternité et extraction des dents de sagesse)

**Si vous devez répondre OUI à une des questions ou lorsque le montant du prêt dépasse le seuil fixé par l'Assureur, il y a lieu de se référer aux formalités médicales exigées par l'Assureur et rappelées dans le formulaire réf. 41.18.73.**

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance conclu entre SERENIS VIE et VITAE et en conserver un exemplaire. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, qui serviront de base à mon adhésion. **Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances.**

**NB : LA GARANTIE ACCIDENTELLE VOUS EST OFFERTE (Voir article 3.1 de la notice d'information)**

Date et Signature Assuré 1	Date et Signature Assuré 2	Admission par l'intermédiaire	Instance de décision	Prêteur
		Cachet et signature Vitae	Cachet Vitae	Cachet et signature



4118991000

**BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT GROUPE N° 2 009 090 SOUSCRIT  
POUR LES CLIENTS DE CAFPI PAR L'INTERMEDIAIRE DE VITAE ET CERTIFICAT DE GARANTIE**

**Centre de gestion : GIEACM SERVICE PREVOYANCE - 34 rue du Wacken - 67000 STRASBOURG  
Adresse postale : 53 rue Jules Méline - 53098 LAVAL Cedex 9 - Tél. 03 88 14 62 94 - Mail : CGESTELEVIE@televie.fr**

**ASSURÉ 1** Emprunteur  Caution  **ASSURÉ 2** Co-emprunteur  Caution

Nom et prénom : ..... Nom et prénom : .....

Date de naissance : ..... Date de naissance : .....

Profession : ..... Profession : .....

Situation de famille : ..... N° Tél. .... Situation de famille : ..... N° Tél. ....

Adresse actuelle : .....

Adresse future si résidence principale : .....

Date de déménagement : ..... Emprunteur si différent de la personne à assurer : .....

Objet de l'opération : RP  RS  RACHAT  RL  Opération liée à une défiscalisation Oui  Non

**NATURE DES PRETS ET BENEFICIAIRES**

Nature du Prêt Amort In Fine	Taux d'intérêt	Durée (mois)	Montant initial du prêt	QUOTITÉ A ASSURER				OPTION DE GARANTIE		PRIME ANNUELLE	
				BANQUE		AUTRE BÉNÉFICIAIRE		BANQUE	AUTRE	Assuré 1	Assuré 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Assuré 1	Assuré 2	Assuré 1	Assuré 2				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

**OPTION 1**  Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à hauteur de 100% **Total des primes à prélever**  
**OPTION 2**  Option 1 + Incapacité de Travail et Invalidité Permanente (IPT) > à 66 % à hauteur de 100%  **OPTION 2 Bis** = option 2 avec IPP > 33 %  
**OPTION CHOMAGE** : Complémentaire uniquement à l'option 1 ou 2. **ASSURE 1** : Couverture  25% ou  50%. **ASSURE 2** : Couverture  25% ou  50%.

**OPTIONS RESERVEES AUX OPERATIONS DE DEFISCALISATION :**

**OPTION 3**  Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

	prêt amortissable	prêt In fine
jusqu'à 60 ans	2,20 *	3,50 *
de 61 à 65 ans	4,10 *	5,00 *
plus de 65 ans	11,50 *	25 *

**OPTION 4**  Option 3 + Incapacité de Travail et Invalidité Permanente et Totale : prêt amortissable uniquement : jusqu'à 60 ans 3,20 \* de 61 à 65 ans 5,10 \*

\* Coût exprimé en Euros/mois pour 10.000 EUR assurés.

**SOUSCRIPTION**

Je soussigné autorise la contractante à souscrire sur ma tête une assurance conformément aux dispositions du contrat ci-dessus référencé et à prélever la prime sur le compte bancaire suivant l'autorisation de prélèvement d'un minimum de 30 € à terme par avance :  M  T  S  A

**IMPORTANT : L'assurance ne pourra être effective qu'à réception, par le Centre de Gestion, de l'autorisation de prélèvement Télévie précisant la date d'acceptation de l'offre de prêt, accompagnée d'un RIB. Cet envoi conditionne le prélèvement des cotisations et la prise d'effet des garanties. Informations complémentaires sur le bénéficiaire des prestations (dénomination exacte, adresse) :**

**BENEFICIAIRES (identité et adresse)**

Banque : .....

Autre bénéficiaire(assuré 1) : .....

Autre bénéficiaire(assuré 2) : .....

**TARIF SPECIAL NON-FUMEUR**

L'assuré non-fumeur déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande expresse du corps médical.  je suis fumeur  je suis non-fumeur

**L'assuré a l'obligation d'informer l'assureur dans les 3 mois s'il se met ou remet à fumer, même occasionnellement, lorsqu'il a déclaré être non-fumeur à l'adhésion : le tarif fumeur lui sera alors appliqué. La non déclaration de cet événement entraînera l'application de l'article L 113-8 du Code des Assurances (annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle)**

**DECLARATION D'ETAT DE SANTE**

Réponse par OUI ou NON à chaque question, à compléter de la main de l'Adhérent

a) Etes-vous actuellement en arrêt partiel ou total de travail par suite de maladie ou d'accident ? .....	ASSURE 1	ASSURE 2
b) Etes-vous atteint(e) d'une maladie, affection ou infirmité de quelque nature que ce soit ? .....		
c) Suivez-vous un traitement prescrit médicalement ? .....		
d) Effectuez-vous ou devez-vous effectuer des examens ou contrôles médicaux ? .....		
e) Avez-vous été opéré(e), accidenté(e) ou hospitalisé(e) au cours des cinq dernières années ? .....		

(sauf pour appendicite, amygdales, hernie inguinale, calculs vésiculaires, maternité et extraction des dents de sagesse)

**Si vous devez répondre OUI à une des questions ou lorsque le montant du prêt dépasse le seuil fixé par l'Assureur, il y a lieu de se référer aux formalités médicales exigées par l'Assureur et rappelées dans le formulaire réf. 41.18.73.**

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance conclu entre SERENIS VIE et VITAE et en conserver un exemplaire. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, qui serviront de base à mon adhésion. **Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances.**

**NB : LA GARANTIE ACCIDENTELLE VOUS EST OFFERTE (Voir article 3.1 de la notice d'information)**

Date et Signature Assuré 1	Date et Signature Assuré 2	Admission par l'intermédiaire	Instance de décision	Prêteur
		Cachet et signature Vitae	Cachet Vitae	Cachet et signature



# SEPA

## MANDAT DE PRELEVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SERENIS VIE SA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SERENIS VIE SA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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.

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

Les caractéristiques de votre mandat	
Type de prélèvement	Récurrent
Objet du prélèvement	Le mandat s'applique à l'ensemble des échéances du contrat et aux sommes versées à tort par SERENIS VIE SA, le cas échéant
Vos coordonnées et celles de votre compte qui sera débité	
Vos coordonnées	Nom _____
	OU Raison sociale _____
	Prénom _____
	Adresse _____
	_____
Code postal _____	
Ville _____	
Votre compte débité	IBAN _____ / BIC _____
Les coordonnées de votre créancier	
Nom	SERENIS VIE SA
Identifiant Créancier SEPA	<b>FR15ZZZ327891</b>
Référence unique de mandat (RUM)	<b>La référence unique de mandat sera confirmée par l'assureur lors de l'envoi de la lettre d'acceptation</b>

**Les informations personnelles contenues dans le présent mandat de prélèvement sont réservées au créancier et à la banque désignée. Elles ne sont pas utilisées à des fins autres que celles décrites dans le mandat.**

**Le signataire du mandat pourra exercer ses droits d'opposition, d'accès et de rectification prévus par la loi Informatique, Fichiers et Libertés auprès du créancier.**

Fait en trois exemplaires, à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Titulaire du compte/représentant légal