

Code : 3 7 1 7 Sous-code : 0 Code stat : 15 Réf. Interne : 0 3 1 1 6 N° offre \_\_\_\_\_

## PERSONNE À ASSURER

M.  Mme Nom : parent Prénom : caroline Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Né(e) le : 19/04/1977 À : \_\_\_\_\_ Dép. ou pays : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Pièce d'identité présentée :  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

*Joindre une copie de la pièce d'identité présentée.*

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_ Adresse future : \_\_\_\_\_

Code postal : 2116310 Ville : POMMARD Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ A compter du : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Possédez-vous des contrats chez AFI ESCA ?  Oui  Non Si Oui, n° de contrat(s) : \_\_\_\_\_

## SOUSCRIPTEUR (SI DIFFÉRENT DE LA PERSONNE À ASSURER)

**Si le Souscripteur est une personne physique :**

M.  Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

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

Pièce d'identité présentée :  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

*Joindre une copie de la pièce d'identité présentée.*

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Si le Souscripteur est une personne morale :**

Raison sociale : \_\_\_\_\_ Statut juridique : \_\_\_\_\_ N° SIRET : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nom du correspondant représentant la Société : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Pièce d'identité présentée :  Carte nationale d'identité  Passeport  Titre de séjour / Carte de résident

*Joindre un extrait Kbis de moins de 3 mois et une copie d'une pièce d'identité du signataire de la Proposition d'assurance.*

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PRÊT(S)

**Objet du (des) prêt(s) :**

Prêt immobilier :  Résidence principale  Résidence secondaire  Investissement locatif  Prêt relais

Autres :  Prêt professionnel (locaux, matériel)  Prêt à la consommation  Restructuration de crédit

Le prêt objet de l'assurance est-il déjà assuré ?  Oui  Non Si Oui, à hauteur de quelle quotité ? \_\_\_\_\_ %

Le prêt objet de l'assurance entre-t-il dans le cadre d'une demande de substitution d'assurance (loi Hamon) ?  Oui  Non

Prêt n°	Montant du prêt	Quotité à garantir (en %)	Durée totale du prêt (différé inclus, en mois)	Différé d'amortissement (en mois) (*)	Taux d'intérêt	Type de taux		Type de Prêt					
						Fixe	Variable	Amortissable	In fine (*)	Par paliers	Relais	Autre (à préciser)	
1	550000,00 €	100	180		1.37	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

(\*) 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  
Si Non, veuillez préciser le montant à garantir (capital + intérêts de la période de différé) : \_\_\_\_\_ €

## GARANTIES ET OPTIONS SOUHAITÉES \*\*

Garanties	Option Plus	Option Extension Poursuite d'Activité	Option Garanties Minorées	Franchise I.T.T.	Perte d'Emploi
<input type="checkbox"/> a) Décès P.T.I.A.					
<input type="checkbox"/> b) Décès P.T.I.A. + I.P.T.					
<input checked="" type="checkbox"/> c) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T.	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 30 jours (TNS)	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> d) Décès P.T.I.A. + I.P.T. + I.T.T. + I.P.P.	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> 90 jours	Si Oui : <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant d'entreprise
				<input type="checkbox"/> 180 jours	

Date d'effet souhaitée : 01/07/2016 Date de prélèvement souhaitée :  Le 6 du mois  Le 20 du mois

Déblocage des fonds prévu à cette date :  Oui  Non

(\*\*) Seules sont accordées à l'Assuré les garanties, options et franchise I.T.T. mentionnées aux Conditions Particulières



