

Code : 3 7 1 7 Sous-code : 0 Code stat : 20 Réf. Interne : 0 3 1 1 6 N° offre _____

PERSONNE À ASSURER

M. Mme Nom : PARENT Prénom : MATHIAS Nom de jeune fille : _____
 Né(e) le : 31/05/1990 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

