

DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT ALLIANZ N° 5313 - OPTION 4 (réservée aux pharmaciens)

Assuré par Allianz Vie - Direction des Opérations Collectives - Emprunteurs - TSA 31007 - 67018 Strasbourg Cedex - Allianz Vie : S.A. au capital de 643 054 425 euros - 340 234 962 RCS Paris
Siège social : 87, rue de Richelieu, 75002 Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances.
Autorité chargée du contrôle d'ALLIANZ Vie - Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A ASSURER

Mlle Mme M Emprunteur Co-emprunteur Caution
Nom _____ Prénom _____ Né(e) le : _____
Adresse N° _____ Rue _____
Code Postal _____ Ville _____ Pays _____
Profession exacte : _____ CSP : _____
Est-il prévu une seconde adhésion pour le même prêt ? OUI NON (Si oui remplir une autre demande d'adhésion)
Si oui, nom du second assuré _____ Prénom du second assuré _____

EMPRUNTEUR SI DIFFERENT DE L'ASSURE

Mlle Mme M Raison sociale (pour les personnes morales)
Nom - Prénom ou Raison sociale _____
Adresse N° _____ Rue _____
Code Postal _____ Ville _____ Pays _____

CARACTERISTIQUES DU PRET A ASSURER

Etablissement prêteur : Libellé _____ Code banque _____ Code guichet _____
Adresse N° _____ Rue _____
Code Postal _____ Ville _____

	1	2	3
Capital emprunté	_____	_____	_____
Type de prêt amortissable (*) ou in fine (*)	_____	_____	_____
Prêt professionnel uniquement	P R O F E S S I O N N I E L	P R O F E S S I O N N I E L	P R O F E S S I O N N I E L
Durée en mois (dont différé d'amortissement)	_____	_____	_____
Différé d'amortissement en mois	_____	_____	_____
Taux d'intérêt du prêt	_____ %	_____ %	_____ %
Quotité à assurer	_____ %	_____ %	_____ %
Périodicité des échéances	_____	_____	_____

(M = Mensuel, T = Trimestriel, S = Semestriel, A = Annuel)
(*) Taux fixe et échéances Constantes (TFC) ou Taux Fixe et échéances par Paliers (TFP) ou Taux Fixe et échéances Modulables (TFM) ou Taux Variable (TV)
(**) Avec Paiement Périodique d'intérêts (APPI) ou Sans Paiement d'intérêts (SPPI)
NB : Pour les prêts à paliers, joindre le détail des paliers

DECLARATION DES ENCOURS ASSURES

Somme des capitaux restant dus assurés sur chaque prêt en cours multipliés par la quotité assurée, au titre du contrat n° 5313 : _____ €

GARANTIES CHOISIES

Option 4 : Décès / PTIA / Garantie Pharmaciens

Cas particuliers des pharmaciens titulaires d'une officine ou propriétaires de laboratoire d'analyses de biologie médicale ayant souscrit l'option 4 :

Vous êtes également considéré en perte totale et irréversible d'autonomie si, par suite de maladie ou d'accident, vous êtes dans l'impossibilité, médicalement constatée, d'exercer votre profession de pharmacien suite à une décision du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens en application à l'article L. 5125-21 du Code de la Santé Publique.

DATE D'EFFET DES GARANTIES SOUHAITEE

Les garanties prennent effet, à la date mentionnée ci-dessous. Vous pouvez par exemple retenir la date de signature de l'offre de prêt (ou la date présumée). A défaut de choix de votre part, les garanties prendront effet au plus tôt à la date d'acceptation du risque par l'assureur. Les cotisations d'assurance seront dues à compter de la date de prise d'effet. Le montant de la cotisation est fonction de la date d'effet souhaitée par le postulant.

Date d'effet souhaitée : _____

DECLARATION SPECIALE NON FUMEUR

Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date de demande d'adhésion

Je déclare également ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales.

Je m'engage à informer l'assureur si je commence ou recommence à fumer même occasionnellement pendant la durée du contrat.

J'autorise l'assureur à pratiquer, pendant la durée du contrat, les contrôles nécessaires à la vérification de mon état de non-fumeur.

Date : _____

Signature de la personne à assurer : _____

COTISATIONS

Montant total des cotisations : _____ € en fonction des éléments fournis pour toute la durée du prêt (tel que figurant sur le projet qui vous a été remis)

La cotisation définitive est celle figurant sur l'attestation d'assurance.

Important : ce montant est susceptible d'être modifié en fonction de vos déclarations de santé et de vos activités.

PERIODICITE DES PRELEVEMENTS

Mensuelle Semestrielle Annuelle

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

J'autorise la société CBP Solutions - Numéro national d'émetteur 408 010 - à prélever les cotisations d'assurance sur mon compte bancaire dont les références sont indiquées ci-dessous :

(Joindre un R.I.B.) : _____
Code banque _____ Code guichet _____ n° de compte _____ Clé RIB _____

JE DECLARE

- avoir reçu ce jour la notice d'information du contrat n° 5313 et en avoir pris connaissance, notamment l'objet du contrat, des conditions et exclusions des garanties, et des limitations d'indemnisation, et en accepter tous les termes,
- avoir reçu le dépliant relatif à la convention AERAS, remis par mon conseiller et en avoir pris connaissance,
- certifier exacts les renseignements indiqués sur cette demande qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'assureur,
- certifier avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur.
- reconnaître avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des Assurances dont un extrait est reproduit dans mon exemplaire de la notice d'information,
- être informé que les garanties accordées par l'assureur ainsi que les conditions d'assurance me seront communiquées sur une attestation d'assurance,

Fait à :le. _____

Signature de la personne à assurer :

Cachet du conseiller (avec les mentions légales)

Code conseiller : _____ L10

(Si vous êtes non fumeur, n'oubliez pas de signer également la déclaration spéciale «non-fumeur» ci-dessus)

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande.

Conformément à la loi «Informatique et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression d'opposition relatif aux données vous concernant En adressant votre demande à CBP Solutions - Informatique et libertés - Service Clientèle - BP 11615 - 44016 Nantes Cedex 1.

QUESTIONNAIRE DE SANTE A COMPLETER PAR LA PERSONNE A ASSURER – contrat n° 5313

Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire de santé sous pli confidentiel à CBP Solutions à - l'attention du Médecin Conseil – BP 11615 – 44016 NANTES CEDEX 1. **Vous y êtes formellement invité si au moins l'une de vos réponses aux questions posées est positive et/ou si vous y joignez d'éventuelles pièces médicales.**
 Vous pouvez préférer opter, pour des raisons personnelles ou en cas d'urgence, pour une transmission de votre questionnaire et de vos pièces médicales **en faxant vous-même** au Médecin Conseil, au numéro du Service Médical 0825 084 524. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, radiologies, copies d'ordonnances, ...). Le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. **Vos déclarations sont valables 6 mois pour cette demande.**
 Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter avec le plus grand soin ce questionnaire. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer sur votre demande d'adhésion à l'assurance. Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de votre main et **vous devez prendre seul(e) connaissance des questions et y répondre seul(e)**, soit sur place, soit à votre domicile. Toutefois à votre demande, vous pouvez être assisté par votre interlocuteur pour remplir le questionnaire ; en ce cas, avant de vous assister votre interlocuteur **vous rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite** annexé à la convention AERAS.

Veillez compléter :
 Consommation journalière de tabac paquet(s) Consommation journalière d'alcool verre(s)

Questions	Cochez		Si vous cochez OUI, merci de donner les précisions demandées
	NON	OUI	
Précisez votre taille : cm Votre poids : kg	↓	↓	
1 - Etes-vous actuellement en arrêt de travail, total ou partiel, pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? Depuis quelle date ?
2 - Etes-vous actuellement soumis à un traitement médical ou à des soins ou à une surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? Depuis quelle date ? Pour quel(s) motif(s) ?
3 - Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou de séquelles de maladie ou d'accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature ? Depuis quelle(s) date(s) ?
4 - Etes-vous titulaire d'une pension ou d'une rente d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? Depuis quelle date ? De quelle nature ? Taux ou catégorie ?
5 - Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle date ? A quel titre ?
6 - Etes-vous pris en charge à 100% (exonération du ticket modérateur) par votre régime obligatoire (Sécurité Sociale ou régime assimilé) en raison d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle date ? Durée ?
7 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail, total ou partiel, plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle date ? Durée ?
8 - Quelle que soit la date de l'événement : Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou de l'hépatite B (VHB), ou de l'hépatite C (VHC), dont l'un des résultats indique la mention « positif » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels ? A quelle(s) date(s) ?
9 - A cours des 10 dernières années : a. avez-vous présenté une ou plusieurs des maladies ou affections suivantes : - rhumatismales, ostéoarticulaires dont atteintes discales, vertébrales et paravertébrales, lombalgies, sciatiques - cancer, leucémie ou autre maladie du sang - maladies neurologiques ou psychiatriques y compris dépression, hypertension artérielle, diabète, cholestérol, maladies cardiaques, vasculaires, hépatiques, digestives, rénales, respiratoires, gynécologiques, urologiques b. avez-vous : - subi des radiographies, des électrocardiogrammes, un scanner, une IRM, des examens de laboratoires ayant mis en évidence une anomalie ? - suivi d'autres traitements d'une durée continue supérieure à un mois ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Indiquer de quelles maladies il s'agit et donner toutes les précisions utiles (date de survenance, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires).....</i> Laquelle ou lesquelles ? A quelle date ?
10 - Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé y compris en ambulatoire pour un motif autre que : maternité, appendicectomie, ablation des amygdales, et ou végétations, ablation de la vésicule biliaire, césarienne, hernie inguinale, hernie ombilicale, hernie hiatale, varices, hémorroïdes, IVG, chirurgie dentaire, déviation de la cloison nasale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle date ? Durée(s) ?
11 - Avez-vous été informé(e) que, dans les 12 prochains mois, vous devrez : - subir des examens de laboratoire, des radiographies, un scanner, une IRM ? - être hospitalisé(e) ? - suivre un traitement médical ? - subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle(s) date(s) ?
12 - Avez-vous : - suivi un traitement par rayons, cobalt, chimiothérapie ou immunothérapie ? - subi des transfusions de sang ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour quel(s) motif(s) ? A quelle date ? Durée ?

Je certifie exactes et sincères les déclarations ci-dessus. Je reconnais avoir été averti que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances. Je reconnais que ce questionnaire est l'un des éléments qui formera le contrat qui sera conclu avec Allianz.
Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici à la date de prise d'effet de l'assurance.

Informatique et libertés – Traitement des données personnelles : Les informations administratives et médicales recueillies font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de la demande en cours. Le présent document médical sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical, ainsi que tous autres documents qui seront nécessaires pour le traitement de ce dossier. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit de demande d'accès et sur pièce justificative : de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant leur demande à: CBP Solutions – BP 11615 – 44016 Nantes Cedex 1. La signature du présent questionnaire de santé vaut acceptation tacite de votre part pour sa transmission au Médecin Conseil intervenant chez le délégataire – CBP Solutions – BP 11615 – 44016 Nantes Cedex 1.

Mlle Mme M Nom Prénom
 Fait à le Signature de la personne à assurer

QS - Contrat N°5313 - Allianz - CUBE - 05/2012

Cube assurance emprunteur
Contrat Allianz 5313
FORMALITES D'ADHESION

CAPITAUX <small>capitaux assurés par opération de financement (hors encours)</small>	AGE A L'ADHESION Calculé en âge exact		
	Moins de 45 ans	De 45 ans à 54 ans	55 ans et plus
jusqu'à 100 000 €	Formalités n° 1	Formalités n° 1	Formalités n° 1
de 100 001 € à 200 000 €		Formalités n° 3	
de 200 001 € à 300 000 €	Formalités n° 2		
de 300 001 € à 500 000 €			Formalités n° 3
de 500 001 € à 1 599 999 €	Formalités n° 3	Formalités n° 4	
à partir de 1 600 000 €			

DETAIL DES FORMALITES D'ADHESION

Formalités n° 1	Questionnaire de santé
Formalités n° 2	Questionnaire de santé + Rapport médical + Bilan sanguin 1 : numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT - triglycérides - créatinine - Gamma GT - Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) - Test de dépistage VIH 1, VIH 2 + Test cotinine uninaire Non fumeur
Formalités n° 3	Questionnaire de santé + Rapport médical + Bilan sanguin 1 : numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT - triglycérides - créatinine - Gamma GT - Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) - Test de dépistage VIH 1, VIH 2 + Rapport médical cardio-vasculaire complété par un cardiologue + ECG (12 dérivations) au repos avec compte rendu + Test cotinine uninaire Non fumeur
Formalités n° 4	Questionnaire de santé + Rapport médical + Bilan sanguin 2 : numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT - triglycérides - créatinine - Gamma GT - Test de dépistage hépatite B (recherche antigène Hbs) - Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) - Test de dépistage VIH 1, VIH 2 + Rapport médical cardio-vasculaire complété par un cardiologue + ECG (12 dérivations) au repos avec compte rendu + Echographie cardiaque avec compte rendu + Examen d'urine : sucre, albumine, hématies, leucocytes + Test cotinine uninaire Non fumeur + Formalités financières
Formalités n° 5	Questionnaire de santé + Rapport médical + Bilan sanguin 2 : numération globulaire avec formule sanguine - plaquettes - vitesse de sédimentation - glycémie à jeun - cholestérol total, HDL, LDL, transaminases ASAT, ALAT - triglycérides - créatinine - Gamma GT - Test de dépistage hépatite B (recherche antigène Hbs) - Test de dépistage hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) - Test de dépistage VIH 1, VIH 2 + Rapport médical cardio-vasculaire complété par un cardiologue + ECG (12 dérivations) au repos avec compte rendu + Echographie cardiaque avec compte rendu + Examen d'urine : sucre, albumine, hématies, leucocytes + Test cotinine uninaire Non fumeur + PSA : Prostatic Specific Antigen pour les hommes + Formalités financières