

DEMANDE D'ADHESION AUX ASSURANCES DIT PPI (n°90197) ET PERTE D'EMPLOI (n°98001)

Demande d'adhésion aux contrats d'assurance collective DIT PPI et Perte d'Emploi (n°90197 et n°98001) souscrits par Société Générale auprès de Sogecap pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité de travail, Invalidité et auprès de Sogessur pour la garantie Perte d'Emploi.

Ce contrat est présenté par la Société Générale (immatriculation à l'ORIAS n° 07 022 493) en sa qualité d'intermédiaire en assurances.

Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Nom du Conseiller de Clientèle : **NGUYEN**
Agence émettrice : **ARGENTEUIL**
CDS : **VIRY**
N° de dossier financement : **6070767**

1 – GARANTIES CHOISIES

Je demande mon adhésion aux garanties du contrat DIT PPI (n°90197) auxquelles je suis éligible à la date de signature de ma demande d'adhésion et à la garantie Perte d'Emploi (n°98001) pour les prêts amortissables (hors prêts à taux zéro avec différé d'amortissement).

2 – CANDIDAT À L'ASSURANCE

Civilité : ☒ Mr ☐ Mme Nom : **LATRILLE** Nom de naissance :
Prénom : **NICOLAS** Date de naissance : **13/01/1976**
Lieu de naissance : Commune **TRIE ADAM** Département ou Pays :
Profession : **INGENIEUR INFORMATIQUE**
Nature du candidat à l'assurance : **EMPRUNTEUR**
Adresse personnelle (adresse actuelle à laquelle les correspondances relatives au dossier vous seront adressées) :
Adresse **22 RUE DE LA LIBERTE**

Code postal **95100** Ville **ARGENTEUIL** Pays **FRANCE**
Client Non Résident EEE : ☐ OUI ☒ NON Client expatrié : ☐ OUI ☒ NON

BIC **SOGECAP**

IBAN **FR16 3000 3037 0000 0100 0784 920**

Ce BIC/IBAN sera utilisé pour le remboursement des frais d'analyses si le candidat à l'assurance souhaite effectuer ses analyses en dehors d'un des centres médicaux partenaires.

3 – EMPRUNTEUR

Personne Physique
Civilité : ☒ Mr ☐ Mme Nom : **LATRILLE** Nom de naissance :
Prénom : **NICOLAS**
OU
Personne Morale
Dénomination Sociale :
Forme juridique :
Sigle :
Date de constitution :

Nom : LATRILLE Prénom : NICOLAS
 Date de naissance : 13/01/1976 N° dossier de financement : 6070767

4 – DESCRIPTION DE L'OPÉRATION DE FINANCEMENT ET MONTANT À ASSURER SUR LA TÊTE DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

DONNEES DU PRET			ASSURANCE DIT PPI (90197)		OPTION PERTE D'EMPLOI
Type de prêt	Montant total du prêt (en euros)	Différé Amortissement (durée en mois)	Quotité à assurer	Montant à assurer (en euros)	
Avance logement	140 000	1	100	140 000	/
Prêt immobilier aux fixe	51 000	1	100	51 000	
Montant total à assurer (A)					191 000

5 – ENCOURS ASSURÉS PAR SOGECAP À LA DATE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION

Autres montants restant dus et assurés sur ma tête au titre d'autres prêts immobiliers et crédits de trésorerie/crédits Lombard accordés par la Société Générale et assurés par Sogécap, dans le cadre des contrats d'assurance collective (contrats n°90197, n°90198, n°90180, n°90190 et n°90199).

Type de prêt	Date prévue de fin de prêt	Durée initiale (durée en mois)	Montants en euros restant dus et assurés à ce titre sur ma tête (en tenant compte de la quotité assurée)
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
Montant total assuré (B)			0

6 – MONTANT ASSURÉ ET À ASSURER SUR LA TÊTE DU CANDIDAT À L'ASSURANCE (A+B) *

Montant* (A+B) : 191 000

* Hors assurance Perte d'Emploi

*Les prêts relais n'entrent pas dans le cumul des encours assurés déterminant les formalités d'adhésion si le cumul d'encours assurés des prêts relais est inférieur ou égal à 500 000 euros.

Le cumul des encours assurés est la somme des capitaux assurés au titre de la présente ou des présentes adhésion(s) et des capitaux restants dus assurés au titre d'adhésions antérieures sur les contrats d'assurances n°90197, n°90198, n°90180, n°90190 et n°90199.

7 – DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la présente liasse d'imprimés contenant la demande d'adhésion, le Formulaire de Déclaration du Risque et la notice d'information (Edition : 11/2018).

Je déclare avoir pris connaissance préalablement à ma demande d'adhésion au présent contrat :

- de la possibilité de transmettre le Formulaire de Déclaration du Risque de manière confidentielle au médecin conseil de l'assureur via l'enveloppe procédure sécurisée qui m'a été remise par mon conseiller,
- de la mise à disposition du dépliant d'information Assurance emprunteur « AERAS ».

Je reconnais disposer d'un droit de renonciation, en cas de vente à distance, de (14) quatorze jours à courir soit à compter de la conclusion du contrat soit à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle. Le modèle de lettre ainsi que les modalités sont prévus dans la notice d'information.

Je soussigné(e) demande à adhérer aux contrats d'assurance DIT PPI et Perte d'Emploi (n°90197 et n°98001) et déclare en outre avoir moins de 60 ans lors de ma demande d'adhésion et n'être ni en retraite, ni en pré-retraite.

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information en ma possession, et en accepter les termes.

Exemplaire CLIENT – 2/4

Nom : Prénom :
 Date de naissance : N° dossier de financement : 6070767

7 – DÉCLARATION DU CANDIDAT À L'ASSURANCE (suite)

Je désigne comme bénéficiaire acceptant des garanties prévues dans la rubrique "contenu des garanties" de la notice d'information la Société Générale à concurrence des sommes dues. Si le prêt n'a pas été décaissé avant le sinistre, le capital est payable :

- en cas de P.T.I.A., à moi-même,
- en cas de décès, à mon conjoint non divorcé ni séparé de corps ou au partenaire avec lequel je suis lié par un Pacte Civil de Solidarité, à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut, à mes héritiers. Il est possible de désigner d'autres bénéficiaires, dans ce cas, merci de bien vouloir compléter le formulaire spécifique qui vous sera remis sur demande par votre conseiller et de le communiquer à votre conseiller.

8 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par SOGECAP – 17 bis Place des Reflets – 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX dans le cadre du présent document sont nécessaires pour la gestion de la demande d'adhésion. Elles nous permettent de vous identifier, identifier les assurés/bénéficiaires, vérifier que vous remplissez les conditions d'adhésion à l'offre d'assurance, de calculer de votre prime et mettre à votre disposition les garanties et les services souscrits. Elles seront, de même que les données complémentaires traitées lors de notre relation, utilisées pour l'exécution et la gestion de votre contrat et pour répondre à nos obligations légales et réglementaires. Nous pouvons également utiliser vos données pour vous proposer des offres commerciales pour des produits et services de notre Groupe d'assurance, personnalisés selon vos besoins, ainsi que celles de nos partenaires.

Afin de préserver la mutualité de nos assurés, nous mettons en œuvre un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement.

Vous pouvez vous opposer, sans avoir à motiver votre demande, à ce que ces données soient utilisées ou transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, selon les modalités décrites dans votre notice d'information

Des informations plus détaillées sur le traitement de vos données dont celles sur les finalités, l'exercice de vos droits, les durées de conservation, la liste détaillée des destinataires ainsi que la référence aux garanties appropriées ou adaptées en cas de transfert en dehors de l'Union Européenne figurent dans votre notice d'information et nous vous invitons à vous y reporter.

Nom du candidat à l'assurance : [Signature]

Prénom du candidat à l'assurance : [Signature]

Fait à [Signature] le 24/03/2020

Signature du candidat à l'assurance :

[Signature]

Assurances DIT

Cadre réservé à la Société Générale pour acceptation des dossiers entrant dans la délégation accordée par Sogecap.

La décision de l'assureur est valable pendant 6 mois. Si à l'expiration de ce délai, l'offre de prêt n'est toujours pas acceptée par l'emprunteur, le candidat à l'assurance devra alors présenter une nouvelle demande d'adhésion.

(Les dossiers hors délégation feront l'objet de l'envoi d'un certificat d'adhésion)

Nous vous informons que la demande d'adhésion au contrat d'assurance collective Perte d'emploi (n°98.001) doit parvenir à CBP France au plus tard TROIS MOIS après la date d'émission de l'offre de prêt et que passé ce délai, le candidat à l'assurance ne pourra plus être admis à l'assurance.

NOUS VOUS INVITONS A COMPLETER SOIGNEUSEMENT LE MANDAT DE PRELEVEMENT JOINT ET VOUS REMERCIONS DE LE JOINDRE A VOTRE DEMANDE D'ADHESION.

VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT REPONDRE AU FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE QUI VOUS SERA REMIS SUITE A LA SIGNATURE DE VOTRE DEMANDE D'ADHESION.

CETTE DEMANDE D'ADHESION EST VALABLE 6 MOIS A COMPTER DE SA DATE DE SIGNATURE.

Exemplaire CLIENT – 3/4

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CBP France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CBP France.

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.

Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

Veillez compléter les champs marqués *

Nom *

Adresse *

Nom / Prénoms ou dénomination sociale du débiteur

Numéro et nom de la rue

Code Postal Ville

Les coordonnées de
votre compte *

Days 7

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

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

Nom du créancier

CBP France

I. C. S

F	R	9	6	C	B	P	4	0	8	0	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier

CS 20008

44967 NANTES

Cedex 9

France

Contrat concerné*

Numéro d'adhésion au contrat/ n° du dossier de financement

Nom de l'adhérent*

Nom / Prénoms ou dénomination sociale de l'adhérent

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif

Signé à *

Lieu

Date _____

Signature(s)/ *

Signature du
représentant légal de
la personne morale

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du présent mandat sont nécessaires à l'Assureur pour la gestion de votre adhésion et au prélèvement des cotisations d'assurance. Toutes les données obligatoires sont identifiées par un astérisque (*).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité de vos données.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, selon les modalités décrites dans votre notice d'information. Des informations détaillées sur le traitement de vos données (finalités, exercice de vos droits, durées de conservation, destinataires) figurent dans votre notice d'information.

Exemplaire CLIENT – 4/4