

Allianz

Direction Opérations Collectives
Emprunteurs
TSA 31007
67018 Strasbourg Cedex
Tél : 0978 978 018 - Fax : 04 78 14 98 64

Votre Conseiller

CBT EURODITAS
31 RUE TRONCHET
75008 PARIS

MONSIEUR PATRICE DELPY
40 RUE CUVIER
APPT 16
31100 TOULOUSE

Références à rappeler**Direction des Emprunteurs**

CAE 11-3
SOCIETE : EMPRUNTEURS
CONTRAT : 005230/000
Dossier : 0001352604001

Dossier suivi par N. NAIM

Demande : Affiliation

Paris, le 14 novembre 2013

Monsieur,

Après examen de votre demande par notre Médecin Conseil, nous vous informons que nous acceptons votre demande d'adhésion signée le 25 octobre 2013 dans les conditions suivantes :

Contrat : 005230/000

Nom : DELPY

Dossier : 0001352604001

Prénom : PATRICE

Nom de l'organisme prêteur : LA BANQUE POSTALE

Adresse de l'organisme prêteur : 6 ALLEE DE L EMPEREUR

BP 90715

82013 MONTAUBAN CEDEX

Montant global du prêt : 105000,00 euros

Montant du capital décès assuré : 105000,00 euros

Montant du capital Arrêt Travail assuré : 0,00 euros

Taux de cotisation annuel : 0,434 %

Durée du prêt : 180 MOIS

Quotité à assurer : 100,00 %

Quotité à assurer : 0,00 %

Garantie Décès

La garantie est acceptée moyennant le paiement d'une majoration du taux de cotisation.

Garantie P.T.I.A (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)

La garantie est acceptée moyennant le paiement d'une majoration du taux de cotisation.

Si vous souhaitez connaître les raisons médicales à l'origine de la présente proposition, vous avez la possibilité de transmettre un courrier au Médecin Conseil à l'adresse suivante :

Monsieur le Médecin Conseil - Service Médical

Allianz

Direction Opérations Collectives

Emprunteurs

TSA 31007

67018 Strasbourg Cedex

Allianz Vie
S.A. au capital de 643 054 425 euros
340 234 962 RCS Paris
N° TVA : FR88 340 234 962

Allianz IARD
S.A. au capital de 991 967 200 euros
542 110 291 RCS Paris
N° TVA : FR76 542 110 291

Entreprises régies par le Code
des assurances
Siège social :
87 rue de Richelieu, 75002 Paris

Nous vous saurions grés de bien vouloir nous retourner, sous 4 mois décomptés à partir de la date du présent courrier, un exemplaire de cette lettre, revêtu de votre accord, dans le cadre prévu à cet effet, daté et signé.

Passé ce délai, nous classerons «sans suite» cette proposition d'assurance.

Par ailleurs, vous êtes éligible à l'écrêtement de la surprime :

- si votre cotisation d'assurance avec surprime représente plus de 1.4 point dans le taux effectif global de votre prêt,
- ou si vous êtes emprunteur de moins de 35 ans de prêts immobiliers à taux zéro, sous réserve que vous remplissiez les conditions de ressources décrites au point 3, ci-après.

En application des dispositions de la convention AERAS votre cotisation pourra être soit limitée à 1.4 point ou au taux contractuel sans majoration si ce taux est supérieur à 1.4 point soit limitée au taux contractuel sans majoration, si vous réunissez les trois conditions suivantes :

1. votre prêt est un prêt immobilier lié à l'acquisition ou à l'amélioration de votre résidence principale ou un prêt professionnel,
2. s'il s'agit de l'acquisition de votre résidence principale, le montant de l'opération de prêt est inférieur ou égal à 320 000 euros, sans tenir compte des crédits relais et des encours,
 - dans les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels, votre encours cumulé de prêts, y compris les prêts demandés, est inférieur ou égal à 320 000 euros,
 - votre âge en fin de prêt est inférieur ou égal à 70 ans,
3. vos revenus sont inférieurs au plafond fixé :
 - revenu inférieur ou égal à 37032 euros lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1,
 - revenu inférieur ou égal à 46290 euros lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1,5 à 2,5,
 - revenu inférieur ou égal à 55548 euros lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus.

Si vous réunissez ces trois conditions, vous pouvez prétendre à un montant total d'écrêtement de 0,00 euros pour votre prêt*.

Pour cela, nous vous invitons à nous retourner en une seule fois :

- la copie de l'offre de prêt ou tout autre document de l'organisme prêteur précisant la nature exacte du prêt : prêt immobilier lié à l'acquisition ou à l'amélioration de la résidence principale ou prêt professionnel,
- une attestation sur l'honneur stipulant que vous n'avez pas d'encours cumulés assurés de plus de 320 000 euros, toutes compagnies d'assurances confondues. Cette attestation n'est pas nécessaire si votre prêt est lié à l'acquisition de votre résidence principale.
- la photocopie de votre dernier avis d'imposition.

A réception de ces documents, si vous remplissez effectivement les conditions requises pour bénéficier de l'écrêtement de la surprime, nous vous adresserons un nouveau projet.

Si vous pensez que les mécanismes de la Convention AERAS, tels qu'ils sont décrits dans le texte de la Convention, n'ont pas correctement fonctionné, vous avez la possibilité de saisir la Commission de Médiation de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), en y joignant les copies de tous les documents utiles et de lui écrire à l'adresse suivante : Commission de Médiation de la Convention AERAS 61, rue Taitbout - 75009 PARIS

(*) Ce montant a été estimé sur la base des informations que vous nous avez transmises.

Merci de nous retourner un exemplaire de ce courrier dans les 4 mois suivant la date d'envoi figurant en entête.

<input type="checkbox"/> Je ne suis pas éligible à l'écrêtement de la surprime. J'accepte la présente offre sur ce nouveau projet tarifaire. Le certificat d'assurance sera adressé à l'organisme prêteur dès que j'aurai communiqué mon accord. Bon pour accord, fait à, le Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"	<input type="checkbox"/> Je suis éligible à l'écrêtement de la surprime. J'adresse les documents demandés ci-dessus pour établir un nouveau projet tarifaire qui me sera adressé en retour. Bon pour accord, fait à, le Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"
--	---

Je complète le cadre ci-dessous :

En accord avec l'établissement prêteur, le contrat d'assurance prendra effet* :

- à la date d'acceptation de l'offre de prêt
- à la date de signature du contrat de prêt
- à la date de remise des fonds
- **DATE EFFET RETENUE* :** / / (indiquer la date exacte à laquelle le contrat doit prendre effet)

() Nous vous précisons que cette date de prise d'effet devra intervenir dans les quatre mois décomptés à partir de la présente lettre. Au delà, de nouvelles formalités d'adhésion seront à accomplir.*

En vous remerciant de votre confiance, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Patricia CERCLEY



Demande Individuelle d'Affiliation



Allianz - Direction des Opérations Collectives - Emprunteurs - TSA 31007 - 67018 Strasbourg Cedex - Tél. : 0978 978 018 - Fax : 01 30 68 72 38 - Courriel : coltemp@allianz.fr

Contractante : **AFD**

N° de Contrat **5230**

Commentaire : _____

Je demande mon affiliation à l'assurance collective en référence et je désigne comme bénéficiaire de ladite assurance le prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues à la date d'exigibilité des capitaux et le bénéficiaire ci-après pour le surplus éventuel La Banque Postale 52 me

Georges Bonnus 33300 Boreaux

En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes dues en surplus seront réglées par ordre de préférence au conjoint non séparé de droit, à défaut, mes héritiers.

Personne à assurer

Emprunteur Co-emprunteur Caution (option 1 exclusivement) Caution personne morale

M M^{me} M^{le}

Nom usuel/marital DELPHY Prénom PATRICE

Nom de jeune fille _____

Adresse 40, rue Cuvier Appt 16

Date de naissance 04/04/1971 Code postal 31100 Ville Toulouse

Activité professionnelle exercée Cadre - Ingénieur en R & D (Electronique)

Téléphone 05611409327 E-mail patrice.delphy@neuf.fr

Future adresse 55, Chemin du Chapitre Appt 2B Code postal 31100 Ville Toulouse

Référence du prêt	1	2	3
Durée en mois	<u>180</u>		
Dont différé éventuel	<u>0</u>		
Capital emprunté	<u>105000 euros</u>		
Taux de l'emprunt	<u>2.95 %</u>		
Pourcentage assuré	<u>100</u> %		
Capital à assurer	<u>105000 euros</u>		
Nature du prêt (1)	<u>Immobilier</u>		

(1) Préciser s'il s'agit d'un « Prêt immobilier* », « Professionnel » ou « Autre ».

*Pour les prêts immobiliers : Le prêt est-il lié à l'achat et/ou à des travaux de résidence principale ?

Référence du prêteur oui non oui non oui non

Prêteur La banque Postale - 6 allée de l'Empereur

Adresse BP 90715 Code postal 82013 Ville Montauban Cedex

Très important : Toute personne à assurer doit remplir le Questionnaire médical général et le Questionnaire médical spécifique joint à la Demande Individuelle d'Affiliation.

Garantie Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) - Arrêt de Travail (AT)

Indiquer la référence du prêt :

	Cocher l'option choisie	
	Option 1 Décès/PTIA	Option 2 Décès/PTIA/AT
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prêts amortissables aux particuliers y compris les prêts à 0%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prêts amortissables aux professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prêts non amortissables aux particuliers *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prêts non amortissables aux professionnels *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Y compris les prêts amortissables avec un différé > à 2 ans.

En cours assurés auprès d'Allianz _____ + Capitaux à assurer **1 + 2 + 3** = Capital total à assurer _____

* Somme des capitaux restant dus sur chaque prêt en cours multipliés par le pourcentage assuré.

Périodicité pour le prélèvement des cotisations au moins égal à 45 euros : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

J'autorise l'Assureur à prélever les cotisations relatives à cette assurance par le débit du compte indiqué sur l'autorisation de prélèvement ci-jointe.

Je reconnais avoir reçu la notice et avoir pris connaissance des garanties proposées et de mes obligations dans le cadre du contrat souscrit par l'AFD.

Je déclare avoir reçu le dépliant relatif aux recommandations de la Convention AERAS et en avoir pris connaissance.

A Toulouse le 25/10/2013

Signature de la personne à assurer précédée de la mention manuscrite « Lu et Approuvé »

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 et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant un courriel à l'adresse DQRCDV@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de : Allianz - Informatique et Libertés - Tour Neptune - Case courrier 1304 - 20, place de Seine - 92086 Paris la Défense Cedex.

Allianz Vie
Société anonyme au capital de 643054425 euros
340 234 962 RCS Paris

Entreprise régie par le Code des assurances
(article R 310-5 CDA)
Siège Social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris

Autorité chargée du contrôle d'Allianz Vie :
Autorité de contrôle prudentiel (ACP)
61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

www.allianz.fr

Exemplaire à retourner à l'Assureur - DOC 2012-1

Allianz Vie
S.A. au capital de 643 054 425 euros
340 234 962 RCS Paris
N° TVA : FR88 340 234 962

Allianz IARD
S.A. au capital de 991 967 200 euros
542 110 291 RCS Paris
N° TVA : FR76 542 110 291

Entreprises régies par le Code
des assurances
Siège social :
87 rue de Richelieu, 75002 Paris

Travail : 05-34-61-10-15

Bulletin de souscription AFD à remplir et à joindre à votre dossier d'assurance

Merci de cocher la case correspondante :

1 - Vous souscrivez au contrat suivant :

- Contrat Emprunteur AFD/Allianz n° 5230 Contrat Prévoyance AFD/Allianz n° 490247

2 - Votre situation :

- Je suis adhérent de l'AFD, je joins à ma demande un certificat (demandé auprès de l'AFD).
 Je ne suis pas adhérent de l'AFD. Je règle directement un droit annuel d'un montant de : **30 €** (chèque à établir à l'ordre de l'AFD) et je remplis le cadre ci-dessous.

Merci de remplir en lettres capitales :

Mme, Mlle, M., Nom : DEBRY Prénom : PATRICE ? VOIR VERSO
Adresse : _____
Bâtiment : _____ Etage : _____ Appartement : _____
Résidence : _____
Boîte aux lettres : _____ Boîte postale : _____
Code Postal : _____ Ville : _____ Région/Pays : _____
Tél. en cas d'urgence : _____ Tél. (2) : _____
Adresse E-Mail : _____
Date de naissance : _____
Profession : _____ Année de début du diabète : _____
Traitement : Insuline Comprimé Régime Pompe Sans

En cas de changement d'adresse, merci de noter ici votre nouvelle adresse :

Cadre réservé à Euroditas

Date de début :

Date de fin :

Informations nominatives : Les informations recueillies par l'AFD relatives à l'adhérent et à l'abonné bénéficient de la protection de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978. Elles pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès, de rectification ou d'opposition par courrier auprès de l'AFD -88, rue de la Roquette, 75544 Paris cedex 11- dans les conditions prévues par la délibération CNIL n°80-10 du 1er avril 1980. Par ailleurs, l'AFD et le réseau d'associations fédérées se réserve le droit d'utiliser et/ou de communiquer les informations concernant l'adhérent à des instituts de sondage, d'étude de marché et/ou à des personnes physiques ou morales, sociétés, ou associations partenaires dans le cadre d'opérations. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case jointe.

BS QUASI VIERGE TRANSMIS A EURODITAS LE 31/10/2013