

A remplir en majuscule et à retourner à l'adresse suivante : Caassure – CS 60021 - 118 rue Roger Mathurin – 13395 Marseille CEDEX 10

 Demande d'adhésion au ____ / ____ / ____ / Annule et remplace le bulletin d'adhésion du ____ / ____ / ____

1. Assuré(e) 1	<input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur	> Assuré(e) 2	<input type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur
Nom : _____		Nom : _____	
Prénom(s) : _____		Prénom(s) : _____	
Date de naissance : ____ / ____ / ____		Date de naissance : ____ / ____ / ____	
Adresse actuelle : _____		Adresse actuelle : _____	
Code postal : _____ Ville : _____		Code postal : _____ Ville : _____	
E-mail : _____		E-mail : _____	
Téléphone portable : _____		Téléphone portable : _____	
Agissant en qualité de (cochez la case correspondante) :		Agissant en qualité de (cochez la case correspondante) :	
<input type="radio"/> Emprunteur <input type="radio"/> Co-emprunteur <input type="radio"/> Caution solidaire ou <input type="radio"/> Personne physique agissant pour le compte d'une personne morale		<input type="radio"/> Emprunteur <input type="radio"/> Co-emprunteur <input type="radio"/> Caution solidaire ou <input type="radio"/> Personne physique agissant pour le compte d'une personne morale	
Statut : <input type="radio"/> Agriculteur <input type="radio"/> Artisan <input type="radio"/> Commerçant <input type="radio"/> Profession libérale <input type="radio"/> Cadre <input type="radio"/> Non Cadre <input type="radio"/> Fonctionnaire <input type="radio"/> Gérant(e) salarié(e) <input type="radio"/> Gérant(e) non salarié(e) <input type="radio"/> Ne travaille pas actuellement, précisez (congé parental) : _____		Statut : <input type="radio"/> Agriculteur <input type="radio"/> Artisan <input type="radio"/> Commerçant <input type="radio"/> Profession libérale <input type="radio"/> Cadre <input type="radio"/> Non Cadre <input type="radio"/> Fonctionnaire <input type="radio"/> Gérant(e) salarié(e) <input type="radio"/> Gérant(e) non salarié(e) <input type="radio"/> Ne travaille pas actuellement, précisez (congé parental) : _____	
Contrat de travail : <input type="radio"/> CDD <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> Intérimaire <input type="radio"/> Saisonnier <input type="radio"/> Temps partiel : nombre d'heure/semaine : _____		Contrat de travail : <input type="radio"/> CDD <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> Intérimaire <input type="radio"/> Saisonnier <input type="radio"/> Temps partiel : nombre d'heure/semaine : _____	
Profession exacte : _____		Profession exacte : _____	
Domaine d'activité : _____		Domaine d'activité : _____	
Dans le cadre de votre profession :		Dans le cadre de votre profession :	
Travail manuel lourd ¹	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Travail manuel lourd ⁽¹⁾	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
Manutention colis (>30 kg)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Manutention colis (>30 kg)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
Echafaudage (>20 m)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Echafaudage (>20 m)	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
Utilisation d'outillage ²	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Utilisation d'outillage ⁽²⁾	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
Précisez : _____		Précisez : _____	
Plus de 15 000 km/an ³	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Plus de 15 000 km/an ⁽³⁾	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI
Total des capitaux déjà assurés par SSN/caassure : _____ €		Total des capitaux déjà assurés par SSN/caassure : _____ €	

¹ Travail nécessitant une force et/ou une résistance physique importante (terrassment, débardage, déménagement, démolition...)

² Utilisation de machines-outils telles que presses plieuses, emboutisseuses, moissonneuses, marteau-piqueur...

³ Sur route et hors trajet domicile/travail

2. Informations communes

 Adresse future de résidence : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____
 Adresse à compter du _____

3. Adhérent (Complétez uniquement si vous agissez en tant que personne physique pour le compte d'une personne morale)

 Raison sociale : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ RC : _____ N° SIREN _____

4. Coordonnées de l'organisme prêteur

 Raison sociale / Nom : _____
 Agence : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____
 E-mail : _____

5. Objet du financement
 Prêt immobilier résidence principale Prêt immobilier investissement locatif Prêt immobilier résidence secondaire Prêt personnel Prêt travaux
 Prêt à la consommation Prêt professionnel Restructuration immobilière Restructuration consommation Crédit-Bail immobilier Crédit-Bail mobilier
 Autorisation de découvert Autres _____

6. Caractéristiques du ou des prêt(s)

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
Montant	_____ €	_____ €	_____ €
Durée en mois	_____	_____	_____
Dont différé en mois	_____	_____	_____
Nature du prêt	<input type="radio"/> Amortissable <input type="radio"/> Prêt par paliers ⁴ <input type="radio"/> Relais <input type="radio"/> In fine <input type="radio"/> Autres ⁴ (précisez) : _____	<input type="radio"/> Amortissable <input type="radio"/> Prêt par paliers ⁴ <input type="radio"/> Relais <input type="radio"/> In fine <input type="radio"/> Autres ⁴ (précisez) : _____	<input type="radio"/> Amortissable <input type="radio"/> Prêt par paliers ⁴ <input type="radio"/> Relais <input type="radio"/> In fine <input type="radio"/> Autres ⁴ (précisez) : _____
Nature du taux d'intérêt	<input type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> Variable	<input type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> Variable	<input type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> Variable
Taux d'intérêt	_____	_____	_____
Date de déblocage prévue	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

⁴ Pour les prêts par paliers, les prêts à taux zéro et « autres » : joindre une copie du tableau d'amortissement ou du projet de financement

7. Garanties souscrites

	Prêt 1				Prêt 2				Prêt 3			
	Assuré(e) 1		Assuré(e) 2		Assuré(e) 1		Assuré(e) 2		Assuré(e) 1		Assuré(e) 2	
Décès/PTIA quotité à assurer	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
ITT/IPT quotité à assurer	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Franchise choisie	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs	<input type="radio"/> 60 jrs <input type="radio"/> 90 jrs
	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs	<input type="radio"/> 120 jrs <input type="radio"/> 180 jrs
IPP*	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Rachat total des exclusions du dos et psychiques*	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Perte d'emploi*	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

ITT : Incapacité Temporaire Totale

IPT : Invalidité Permanente Totale

IPP : Invalidité Permanente Partielle

*Si vous ne cochez pas de cases pour ces options, le choix « NON » sera appliqué par défaut

Emprunteur 1 : En cas d'arrêt de travail, je souhaite que les prestations soient versées¹
 à moi-même à l'organisme prêteur

Emprunteur 2 : En cas d'arrêt de travail, je souhaite que les prestations soient versées¹
 à moi-même à l'organisme prêteur

8. Cotisations

 Assiette des cotisations CRD (Capital Restant Dû)

 Règlement des cotisations² Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Frais de dossier = 20 € pour le 1^{er} emprunteur – 15 € pour le 2^{ème} emprunteur
9. Déclaration de plein emploi (A cocher uniquement si vous optez pour la garantie perte d'emploi)
Assuré(e) 1
 Je déclare ce jour être âgé de moins de 55 ans, exercer à temps plein une activité salariée sous contrat de travail à durée indéterminée depuis plus de 12 mois consécutifs auprès du même employeur, n'être ni en période d'essai ou de chômage partiel, ni en instance ou préavis de licenciement, de démission ou de mise en préretraite ou retraite

Assuré(e) 2
 Je déclare ce jour être âgé de moins de 55 ans, exercer à temps plein une activité salariée sous contrat de travail à durée indéterminée depuis plus de 12 mois consécutifs auprès du même employeur, n'être ni en période d'essai ou de chômage partiel, ni en instance ou préavis de licenciement, de démission ou de mise en préretraite ou retraite

10. Déclaration Non-fumeur / Fumeur (A cocher impérativement pour bénéficier du tarif non-fumeur. Si vous ne répondez pas, le choix « OUI » sera appliqué par défaut)
Assuré(e) 1
 Je suis non-fumeur : Je déclare ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris des cigarettes électroniques), cigares ou pipes, même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir cessé de fumer suite à la demande expresse du corps médical (aucune consommation de tabac ou de nicotine).

La déclaration sera complétée d'un test de cotinine au-delà d'un certain seuil, conformément au tableau des formalités médicales.

 Je suis fumeur
Assuré(e) 2
 Je suis non-fumeur : Je déclare ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris des cigarettes électroniques), cigares ou pipes, même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir cessé de fumer suite à la demande expresse du corps médical (aucune consommation de tabac ou de nicotine).

La déclaration sera complétée d'un test de cotinine au-delà d'un certain seuil, conformément au tableau des formalités médicales.

 Je suis fumeur
11. Sports à risques
Assuré(e) 1

 Pratiquez-vous l'un des sports de la liste ci-dessous (*) : NON OUI

 Souhaitez-vous être garanti(e) pour ce(s) sport(s) ? NON OUI

Si oui le(s)quel(s) ? : _____

Assuré(e) 2

 Pratiquez-vous l'un des sports de la liste ci-dessous (*) : NON OUI

 Souhaitez-vous être garanti(e) pour ce(s) sport(s) ? NON OUI

Si oui le(s)quel(s) ? : _____

Compétitions hippiques ou d'équitation, spéléologie, sports aériens (parachutisme, parapente, deltaplane, ULM, vol à voile...), sports de montagne (alpinisme, escalade), plongée sous-marine au-delà de 20 m de profondeur, navigation hauturière en solitaire, bobsleigh, combiné nordique, saut à ski, skeleton, ski alpin ou surf hors-piste, skiathlon, activités sportives utilisant un engin à moteur (automobile, motocyclisme, jet-ski, scooter des mers, motoneige...), canyoning, hydrospeed, kayak de mer, rafting, surf en compétition, hockey sur glace, luge en compétition, ski artistique

12. Informatique et Libertés

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre adhésion et de vos garanties. Elles sont destinées à votre assureur, ses délégataires, ses mandataires et sous traitants, aux réassureurs et organismes professionnels. Elles peuvent également être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier postal à votre assureur - Groupama Gan Vie - Service des relations avec les consommateurs – Immeuble Michelet – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex – 01.70.96.62.68 – src-collectives@ggvie.fr.

Je soussigné(e) demande mon adhésion à l'Association Européenne d'Epargne de Retraite et de Prévoyance AEERP.

Je demande mon adhésion au contrat d'assurance des emprunteurs n° 6092 / 200128 souscrit par l'AEERP auprès de Groupama Gan Vie – RCS Paris 340 427 616 – Siège social : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 et, et le cas échéant au contrat d'assurance de groupe "emprunteurs" n° 6092 / 200129 souscrit par l'AEERP auprès de Gan Assurances – RCS Paris 542 063 797 – Sièges sociaux : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 distribué par le courtier SSN intervenant sous le nom commercial Caassure.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des conditions générales valant notice d'information qui me sont destinées.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des réponses relatives à l'ensemble des questions posées, qui serviront de base à mon adhésion au contrat susvisé.

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.

Fait à _____ Le ____ / ____ / _____

Signature de l'assuré(e) 1
 Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de l'assuré(e) 2
 Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré 1)
 Précédée de la mention « lu et approuvé »

 Assuré(e) 1 : Je refuse que SSN/caassure m'adresse par mail des informations générales sur l'assurance emprunteur (contrats, évolutions, législations...)

 Assuré(e) 2 : Je refuse que SSN/caassure m'adresse par mail des informations générales sur l'assurance emprunteur (contrats, évolutions, législations...)

¹ En cas de non-réponse, les prestations seront versées à l'emprunteur

² Prélèvement obligatoire si règlement mensuel ou trimestriel

Formalités médicales

	5 000 à 160 000 €	160 001 à 250 000 €	250 001 à 350 000 €	350 001 à 500 000 €	500 001 à 1 000 000 €	1 000 001 à 3 000 000 €	>3 000 001 € à 8 000 000 €
≤ 45 ans	QSS	QSS	QS	2	6	8	CS
De 46 à 55 ans	QSS	QS	2	2	6	8	CS
De 56 à 65 ans	QS	1	2	6	6	8	CS
De 66 à 80 ans	QS	4	4	6	6	8	CS

1. QS + RM
2. QS + RM + PSS + TCU
4. QS + RM + PSS + TCU + ECG
6. QS + RM + PSC + TCU + ECG
8. QS + RM + PSC + TCU + ECG + PSA (pour les hommes ≥ 50 ans) + QFC

QSS : Questionnaire de santé simplifié (+ ou – 10 / 11 questions sur l'état de santé + 5 questions sur les autres risques)

QS : Questionnaire de santé (+ ou – 17 / 18 questions)

RM : Rapport médical complété, daté et signé par le médecin examinateur

PSS : Profil sanguin simplifié avec glycémie à jeun, cholestérol total et HDL, LDL, triglycérides, sérologies des anticorps HIV 1 et 2 et des anticorps HCV, sérologie des antigènes HBs

PSC : Profil sanguin complet avec NFS, CRP, plaquettes, glycémie à jeun, créatinine, urée, acide urique, cholestérol total et HDL, LDL, triglycérides, transaminases (ASAT, ALAT), gamma GT, sérologies des anticorps HIV 1 et 2 et des anticorps HCV, sérologie des antigènes HBs

ECG : ECG interprété et rapport médical cardio-vasculaire, réalisés par un cardiologue

PSA : Antigène spécifique de la prostate (pour les hommes à partir de 50 ans)

TCU : Test de cotinine urinaire, le cas échéant

QFC : Questionnaire financier confidentiel

CS : Nous consulter



Mentions légales

SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € - Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille – Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 208 (www.orias.fr) – Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances – sous le contrôle de l'ACPR, - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – Tél. 04.88.676.676 – SSN exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du Code des assurances. Réclamations : SSN/Service

Réclamations : 118 rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10 – Médiation (uniquement après échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org