

DEMANDE D'ADHÉSION

# APRIL

# Assurance de Prêt

# Access



Irrévocabilité des garanties  
Maintien du tarif



Pour les **emprunts immobiliers à usage d'habitation ou à usage mixte** (habitation et professionnel) réalisés par un emprunteur **personne physique**, **ce contrat est ouvert sous réserve que :**

- la part assurée sur l'encours cumulé de l'ensemble des crédits, à la date d'effet du nouveau projet, est **inférieure ou égale à 200 000 euros** par emprunteur en incluant le montant assuré du nouvel emprunt

et

- l'emprunt se termine **avant son 60<sup>e</sup> anniversaire**.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



# DEMANDE D'ADHÉSION APRIL ASSURANCE DE PRÊT ACCESS

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° adhérent :         N° de l'assureur-conseil :

Réf. produit :  4010  5015  5010  2020  1515  1212  0808

Résiliation annuelle

Fax/Email transmis le :   /   /

## MES COORDONNÉES

Adhérent (si différent de l'Assuré 1) :  M.  Mme Nom / Prénom : .....

Adresse : ..... Code Postal :

Ville : ..... Pays : .....

## MES INFORMATIONS

ASSURÉ 1 :  M.  Mme

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance :   /   /

Département de naissance :

Commune de naissance : .....

Pays de naissance : .....

Nationalité :  Française  Autre : .....

Statut professionnel :

- Salarié Cadre/ Ingénieur/ Assimilé-cadre
- Salarié non cadre (hors employé de bureau)/ Agent de maîtrise
- Employé de bureau/ Commercial sédentaire
- Dirigeant de société/ Gérant/ Chef d'entreprise (hors agricole)
- Profession libérale (hors médical/ paramédical)
- Médecin (ou interne) généraliste/ spécialiste
- Autres métiers médicaux et paramédicaux
- Intermittent
- Fonctionnaire classe A
- Fonctionnaire hors classe A
- Artisan/ Métiers du BTP/ Auto-entrepreneur
- Commerçant
- Professions du transport/ Ouvrier/ Technicien
- Professions agricoles
- Retraité : Cadre/ Assimilé cadre/ Fonctionnaire classe A/ Chef d'Entreprise/ Profession libérale
- Autres retraités
- Etudiant/ Sans profession/ Saisonnier

Profession exacte : .....

Régime obligatoire :  Sécurité Sociale  TNS  
 Agricole  Alsace/Moselle

Avez-vous des crédits en cours déjà assurés (y compris auprès d'APRIL) en dehors de ce nouveau projet ?  Oui  Non

Si oui, montant total des encours assurés<sup>(1)</sup> : .....€

## MES INFORMATIONS

ASSURÉ 2 :  M.  Mme

Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance :   /   /

Département de naissance :

Commune de naissance : .....

Pays de naissance : .....

Nationalité :  Française  Autre : .....

Statut professionnel :

- Salarié Cadre/ Ingénieur/ Assimilé-cadre
- Salarié non cadre (hors employé de bureau)/ Agent de maîtrise
- Employé de bureau/ Commercial sédentaire
- Dirigeant de société/ Gérant/ Chef d'entreprise (hors agricole)
- Profession libérale (hors médical/ paramédical)
- Médecin (ou interne) généraliste/ spécialiste
- Autres métiers médicaux et paramédicaux
- Intermittent
- Fonctionnaire classe A
- Fonctionnaire hors classe A
- Artisan/ Métiers du BTP/ Auto-entrepreneur
- Commerçant
- Professions du transport/ Ouvrier/ Technicien
- Professions agricoles
- Retraité : Cadre/ Assimilé cadre/ Fonctionnaire classe A/ Chef d'Entreprise/ Profession libérale
- Autres retraités
- Etudiant/ Sans profession/ Saisonnier

Profession exacte : .....

Régime obligatoire :  Sécurité Sociale  TNS  
 Agricole  Alsace/Moselle

Avez-vous des crédits en cours déjà assurés (y compris auprès d'APRIL) en dehors de ce nouveau projet ?  Oui  Non

Si oui, montant total des encours assurés<sup>(1)</sup> : .....€

(1) Le montant à renseigner correspond au cumul des capitaux assurés restant à rembourser à la date d'effet de ce nouveau projet. Tous les crédits en cours sont concernés (immobiliers, à la consommation, professionnels...). Référez-vous aux tableaux d'amortissement.

**Adresse actuelle de résidence<sup>(1)</sup> :** .....

Code Postal :      Ville : ..... Pays : .....

Email Assuré 1<sup>(2)</sup> : ..... Email Assuré 2<sup>(2)</sup> : .....

Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 1 : ..... Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 2 : .....

**Adresse future de résidence :** .....

Code Postal :      Ville : ..... Pays : .....

Date prévue de déménagement :   /   /

(1) Lieu d'habitation de plus de 6 mois par an.

(2) En nous communiquant votre adresse e-mail, vous acceptez que la gestion et l'exécution de votre contrat soient réalisées par voie dématérialisée, étant entendu que vous pouvez y mettre un terme à tout moment et sans frais en vous rendant sur votre Espace Assuré.

## MES INFORMATIONS

	Assuré 1		Assuré 2	
Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années y compris des cigarettes électroniques ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous membre de la famille <sup>(4)</sup> d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits <sup>(5)</sup> avec une Personne Politiquement Exposée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

(3) Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui se trouve exposée à des risques particuliers en raison de l'une des fonctions citées ci-dessous qu'elle exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an :

1° Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne;

2° Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger;

3° Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours;

4° Membre d'une cour des comptes;

5° Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;

6° Ambassadeur ou chargé d'affaires;

7° Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée;

8° Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique;

9° Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

(4) Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE :

1° Le conjoint ou le concubin notoire;

2° Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère;

3° Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère;

4° Les ascendants au premier degré.

(5) Sont considérées comme des personnes étroitement associées à une PPE :

1° Les personnes physiques qui, conjointement avec la PPE, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger;

2° Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la PPE;

3° Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la PPE.

## Caractéristique(s) de l'assurance :

Date de début de l'assurance (date de signature de l'offre de prêt)<sup>(1)</sup> : / / 

(1) Sous réserve d'acceptation du dossier. La date de début de l'assurance est au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance.

Pour les prêts	Prêt(s) n°	Prêt(s) n°
Organisme prêteur	.....	.....
Raison sociale / Nom	.....	.....
Adresse	.....	.....
Code postal et ville	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....
Téléphone	.....	.....
Email	.....	.....

Adresse d'envoi du dossier de substitution pour les dossiers de reprise :

Adresse	.....	.....
Code Postal et Ville	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....
Email	.....	.....
Téléphone	.....	.....

En cas d'avenant de cession, nous adresser une attestation signée de toutes les parties (banque, adhérent, assuré) précisant les bénéficiaires désignés en cas de décès.

Objet du financement :  Résidence principale  Résidence secondaire  Investissement locatif Travaux résidence principale  Travaux résidence secondaire

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Taux d'intérêt
1	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Relais	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	..... % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
2	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Relais	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	..... % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable
3	..... €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Relais	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	..... % <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable

(2) Pour éviter toute erreur de cotisation pour les prêts à paliers et les prêts à taux zéro, joindre une copie du tableau d'amortissement ou du projet de financement.

Pour les prêts à paliers	Prêt 1		Prêt 2		Prêt 3	
	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers
1 <sup>er</sup> palier	..... €	.....mois	..... €	.....mois	..... €	.....mois
2 <sup>e</sup> palier	..... €	.....mois	..... €	.....mois	..... €	.....mois
3 <sup>e</sup> palier	..... €	.....mois	..... €	.....mois	..... €	.....mois
4 <sup>e</sup> palier	..... €	.....mois	..... €	.....mois	..... €	.....mois

Vos garanties et cotisations :		Assuré 1			Assuré 2		
		Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3
Décès/PTIA (DC/IA) (Garantie obligatoire)	Quotité à assurer :	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %
ITT/IPT (AT/IT/IK)	Quotité à assurer :	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %	..... %
	Franchise :	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j	01 <input type="checkbox"/> 90j 04 <input type="checkbox"/> 180j
Mode de versement des prestations IPT		<input type="checkbox"/> IPT en Rente <input type="checkbox"/> IPT en Capital			<input type="checkbox"/> IPT en Rente <input type="checkbox"/> IPT en Capital		
Option Confort + (AT/IT/IK - niveau 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPP (IL)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalité Spéciale Professions Médicales (IP)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode de calcul de la cotisation :		<input type="checkbox"/> Cotisation constante <input type="checkbox"/> Cotisation variable					

Montant total de la cotisation indiqué sur votre estimation tarifaire : ..... € TTC (sous réserve d'acceptation par APRIL Santé Prévoyance)

Paiement par chèque	Périodicité : <input type="checkbox"/> Semestrielle* <input type="checkbox"/> Annuelle    * 16 € minimum
Paiement par prélèvement automatique	Périodicité : <input type="checkbox"/> Mensuelle* <input type="checkbox"/> Trimestrielle* <input type="checkbox"/> Semestrielle* <input type="checkbox"/> Annuelle    * 16 € minimum

Indiquez le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois :

Cotisation à l'Association des Assurés APRIL : 0,80 €/mois (Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL).

Frais de dossier : 60 € (Ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant chez APRIL Santé Prévoyance)

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et à la(aux) convention(s) souscrite(s) par elle auprès de la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP) : APRIL ASSURANCE DE PRET ACCESS cotisation variable MNCA2022P1, APRIL ASSURANCE DE PRET ACCESS cotisation constante MNCA2022P2. MNCAP est une mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Enregistrée au Répertoire SIRENE sous le n° 391 398 351 - Contrôlée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - dont le siège social est situé 5 rue Dosne - 75116 Paris.

En signant la demande d'adhésion, l'(les) Assuré(s) demande(ent) à adhérer à la MNCAP en qualité de Membre Participant et accepte(ent) les dispositions des statuts de la MNCAP, lesquels sont librement consultables sur le site [www.mncap.fr](http://www.mncap.fr).

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, des Documents d'Information Produit référencés ACEV062022DIP et ACEC062022DIP.

Les dispositions de ces conventions, définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, figurent dans les Notices valant conditions générales référencées ACEV062022 et ACEC062022 dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en acceptant les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint aux Notices, lesquels sont librement consultables dans leur intégralité sur [www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr) ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

J'atteste notamment être informé(e) que je peux renoncer à mon contrat dans les conditions et selon le modèle de rédaction prévus par la Notice valant conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année.

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice applicable est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.

Dans le cadre de votre demande d'assurance, APRIL Santé Prévoyance collecte et traite des données personnelles vous concernant en qualité de responsable de traitement (seule ou conjointement avec l'assureur). Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont vous bénéficiez, consultez la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui vous a été fournie lors de votre parcours d'adhésion au contrat d'assurance.

APRIL Santé Prévoyance communique les données vous concernant à l'Association des Assurés d'APRIL aux fins de votre adhésion à l'Association et du paiement de la cotisation associative. Pour plus d'informations sur les traitements de données réalisés par l'Association, consultez sa Politique données personnelles sur le site : <https://www.associationdesassuresapril.fr/donnees-personnelles-et-cookies>

**Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité.**

Fait à  le //

<p>La signature de l'Adhérent (si différent de l'Assuré 1) précédée de la mention "lu et approuvé"</p> <p>X</p>	<p>La signature de l'Assuré 1 précédée de la mention "lu et approuvé"</p> <p>X</p>	<p>La signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"</p> <p>X</p>	<p>Cachet et visa de l'assureur-conseil</p> <p>X</p>
---	--	--	--

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

**N° de client :**

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

*Veillez compléter l'ensemble des champs marqués\**

Titulaire du compte\* :

Nom ou raison sociale\* :

Prénom\* :

Adresse\* :

Code Postal\* :                      Ville\* :

Pays\* :

Les coordonnées de votre compte\* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

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 : **ASP – APRIL Santé Prévoyance**

I.C.S. : FR85ASP423146

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance  
69439 LYON CEDEX 03

Type de paiement\* :  Paiement récurrent  
 Paiement ponctuel

Signé à\* :

Date\* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature(s)\* :



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur les droits dont vous bénéficiez, consultez la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui vous a été fournie lors de votre parcours d'adhésion au contrat d'assurance.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

**APRIL Santé Prévoyance – Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03**

## COMMENT CONSTITUER VOTRE DOSSIER ?

Envoyer votre dossier complet composé de :

- La demande d'adhésion
- Le mandat de prélèvement SEPA et votre RIB
- Le plan de financement ou une copie du tableau d'amortissement de l'offre de prêt pour un dossier de reprise

## ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Suite à l'enregistrement de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'adhérent comprenant :

- votre certificat d'adhésion (le détail de vos garanties)
- votre échéancier de cotisations (vos cotisations sur toute la durée du prêt)
- le guide de l'assuré (informations pratiques)

Votre certificat banque\* est transmis directement à votre prêteur par courrier ou e-mail.

\* Certificat banque : document banque reprenant vos garanties, les caractéristiques des prêts ainsi que l'échéancier de cotisations.

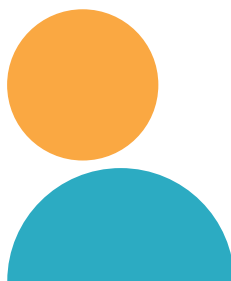
### À NOTER :

- selon les garanties souscrites, le capital ou les échéances de votre prêt sont remboursés au prêteur
- le prêteur devient bénéficiaire acceptant de votre assurance pendant toute la durée de votre prêt
- toute modification du contrat doit se faire avec l'accord du prêteur car il est bénéficiaire acceptant
- les conditions générales et la Lettre d'Information sur vos Données Personnelles sont disponibles dans votre Espace Assuré

 **APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE**

Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 0478536518 - [www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.  
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par MNCAP  
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.





L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

