



Personne à assurer

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____ Tel fixe : _____ Tel mobile : _____ Mail : _____

Adresse actuelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Nouvelle adresse : _____ À compter du : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Profession exacte : _____

- Nombre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) : - de 15 000 km/an + de 15 000 km/an
- Exercez-vous une activité professionnelle avec travaux manuels ou de manutention régulière ? Oui Non
- Exercez-vous une activité professionnelle en hauteur ? Non Oui jusqu'à 3 m Oui à plus de 3 m Oui à plus de 15 m

Prêts Garantis

Caractéristique du prêt	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Type de prêt immobilier contracté :				
- Prêt amortissable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prêt à taux zéro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prêt remboursable in fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prêt relais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prêt à paliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prêt constant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capital emprunté (en €)				
Taux du prêt				
Durée totale (en mois)				
Dont différé de				
Quotité assurée				
Nouveaux encours à assurer				
Périodicité de paiement des cotisations	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> prime unique	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> prime unique	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> prime unique	<input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> prime unique

A ce jour, avez-vous déjà des encours assurés chez GENERALI (hors prêts ci-dessus) ?* : Oui Non
 Si oui, veuillez indiquer le montant total de ces capitaux (capitaux restant dûs multipliés par la quotité assurée) * €

Emprunteur (si différent de la personne à assurer)

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Choix des options de garanties ⁽²⁾

	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Option 1 : décès + PTIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option 2 : décès + PTIA+ITT+IPT+ITP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option 3 : décès + PTIA+ITT+IPT+IPP+ITP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option «Senior» : Décès seul (accessible de 67 à 75 ans inclus à l'adhésion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽²⁾ **PTIA** = Perte Totale et irréversible d'Autonomie ; **ITT** = Incapacité Temporaire Totale ; **IPT** = Invalidité Permanente Totale ;
ITP = Incapacité Temporaire Partielle ; **IPP** = Invalidité Permanente Partielle

Déclaration fumeur / non-fumeur

Je suis fumeur Je suis non-fumeur

« Je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois précédant cette demande d'adhésion et ne pas avoir été contraint de cesser de fumer à la demande du corps médical. »

Garantie «confort dos et psy» (uniquement en complément des Options 2 ou 3)

Je demande la suppression des exclusions liées aux dépressions nerveuses et aux affections dorsolombaires, prévues au Titre « EXCLUSIONS », Paragraphe 3/, encadré « Option Confort dos et psy » de la notice d'information référencée « DDP7344F-NI-06/2022 » * Oui Non

Garantie «perte d'emploi» (uniquement en complément des Options 2 ou 3)

Je souhaite être assuré en cas de perte d'emploi * Oui Non

Organisme prêteur

Nom / Raison sociale * : _____

Adresse * : _____

Code postal * : _____ Ville * : _____

Adresse e-mail * : _____

Téléphone * : _____

Bénéficiaire

Organisme Financier Autre*

* Si personnes physiques : Nom, prénom, date et lieu de naissance

Date d'effet

Date d'effet de l'assurance (*) * : _____

qui correspond à * : Date de 1^{er} déblocage de prêt

Date de signature de l'offre de prêt

Date mentionnée ci-dessus (pour les prêts déjà en cours)

(*) Sous réserve qu'à cette date, l'assureur ait accepté l'adhésion et que l'assuré ai donné son accord en cas d'acceptation à des conditions particulières.

Déclaration de la personne à assurer

Je soussigné(e) :

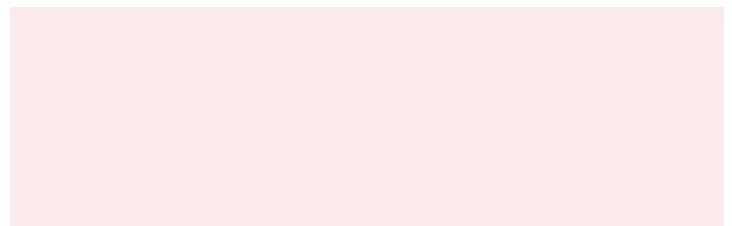
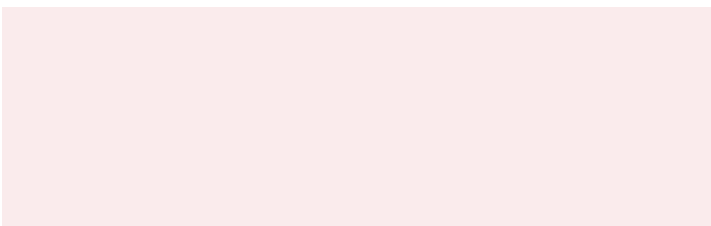
- déclare avoir été informé des frais de dossier de _____ euros par assuré qui seront prélevés en même temps que la 1^{ère} cotisation mensuelle.
- si je ne suis pas déjà membre de l'association « ASSOCIATION PROMOTION DE PRÉVOYANCE, SANTÉ ET RETRAITE », je demande à y adhérer et je déclare avoir pris connaissance de ses statuts. La qualité d'adhérent à l'association est acquise par le versement d'un droit unique d'adhésion non remboursable, qui sera prélevé tous les ans à la date anniversaire du contrat, pour un montant de 5 euros,
- demande à adhérer au contrat d'assurance de groupe n°7344,
- déclare avoir reçu et pris connaissance du document intitulé «NOTICE D'INFORMATION DESTINEE A L'ASSURE relative au contrat d'assurance n°7344» référencée : DDP7344F-NI-06/2022,
- certifie exactes et sincères les réponses apportées à la présente demande d'adhésion et au questionnaire de santé,
- déclare avoir été informé(e) de la possibilité d'envoyer la demande d'adhésion et le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur,
- déclare avoir pris connaissance de la convention AERAS (www.aeras.fr),
- déclare avoir pris connaissance et accepter les termes du titre «Information sur la protection des données (RGPD)» prévu au sein de la notice d'information.
- déclare, dans le cas d'un montant assuré inférieur à 200 000€ et d'un âge au terme inférieur à 60 ans et si le contrat de crédit s'inscrit dans le cadre de l'Article L313-1 du Code de la Consommation, avoir des encours assurés (tous types et tous assureurs confondus) supérieurs à 200 000€.

* Fait à : _____

Le : _____

Signature de la personne à assurer précédée de «Lu et approuvé»

Signature de l'emprunteur (Si différent de la personne à assurer)



La décision de l'assureur est valable 6 mois, elle vous sera communiquée par l'envoi d'une proposition d'assurance ou du certificat d'adhésion

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (R.U.M)	(Cette référence vous sera communiquée avec votre appel de cotisation)
Créancier	MNCAP
Contrat	GENERALI n°7344

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) LA MNCAP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LA MNCAP. 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, - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

DÉBITEUR	* _____ <i>Nom / Prénom du débiteur</i>
	* _____ <i>Numéro et nom de la rue</i>
	* _____ <i>Code postal Ville</i>
	* _____ <i>Pays</i>
	* _____ <i>Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)</i>
	* _____ <i>Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)</i>
CRÉANCIER	MNCAP <i>Nom du créancier</i> FR 40 ZZZ 292133 <i>Identifiant du créancier</i> 5 RUE DOSNE <i>Numéro et nom de la rue</i> 75 116 PARIS <i>Code postal Ville</i> FRANCE <i>Pays</i>
Type de paiement	Paiement récurrent [X]
Signé à	* _____ <i>Lieu</i> <i>Date : JJ/MM/AAAA</i>
Signature(s)	* <i>veuillez signer ici</i> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format BIC et IBAN)

Rappel
En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par LA MNCAP. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrais en faire suspendre par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec LA MNCAP.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.