

Renseignement concernant le Candidat à l'Assurance

M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____

Pays : _____

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution

Adresse actuelle N° et Voie : _____ Code postal : _____

Lieu-dit : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Adresse Email : _____

Adresse Future N° et Voie : _____ Code postal : _____

Lieu-dit : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Adresse Email : _____

Déménagement prévu le : _____

Avez-vous d'autres contrats de crédit en cours faisant l'objet d'une assurance emprunteur (auprès de la MNCAP ou d'un autre assureur)? Oui Non

Si oui, est-ce que la totalité des encours assuré en tenant compte du ou des prêts faisant l'objet de la demande d'adhésion est supérieure à 200 000€ ? Oui Non

Si oui, quel est le montant total du capital assuré auprès de la MNCAP ? _____

Si non et dans la mesure où la dernière échéance du prêt pour lequel je demande la couverture intervient avant mon 60ème anniversaire, je suis informé que l'adhésion au contrat est réservée aux personnes exerçant une Activité Professionnelle Rémunérée au jour de l'adhésion, c'est-à-dire dont les revenus sont payés par leur employeur ou par leur clients, à l'exclusion :

- des personnes au foyer
- des investisseurs vivant majoritairement des revenus de leur capital
- des retraités
- des personnes dont les revenus proviennent d'indemnités ou d'allocations.

• Etes-vous une Personne Politiquement Exposée ?* Oui Non

• Etes-vous membre de la famille d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits avec une Personne Politiquement Exposée ?* Oui Non

**Pour répondre aux 2 questions ci-dessus, veuillez-vous référer à la fiche relative aux dispositions de l'article R.561-18 du Code monétaire et financier relatif à la notion de Personne Politiquement Exposée, qui vous a été fournie simultanément à la présente Demande d'Adhésion.*

Profession exacte : _____ Statut professionnel : _____

Adhérent (si différent du Candidat à l'Assurance)

Nom ou Raison Social : _____ Représenté par : _____

N° et Voie : _____ Code postal : _____

Lieu-dit : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Adresse Email : _____

Type de projet : Nouveau projet Reprise

Objet du financement : Résidence principale Professionnel Consommation Investissement locatif Autre

Caractéristiques du (des) prêt(s) de la demande individuelle d'adhésion(*)

	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Montant initial du prêt	€	€	€	€
Type du prêt (1)				
Amortissement (2)				
Type de différé (3)				
Taux %				
Durée totale(en mois)				
Dont durée différée de (en mois)				
Quotité à assurer				
Garanties souhaitées (4)				
Franchise choisie (30, 60, 90, 120, ou 180 jours) (5)				
Frais Bancaire en Euros (frais de garantie + frais de dossier)				

(1) Type de Prêt : 1 Amortissable , 2 Modulable, 3 A paliers , 4 Avec différé, 5 Prêt in fine, 6 Prêts relai, 7 Prêts consommation

(2) Amortissement prêt : 1 Mensuel, 2 Trimestriel, 3 Semestriel, 4 Annuel

(3) Type de différé : 1 Sans différé, 2 Partiel, 3 Total

(4) Option (1) : Décès - PTIA. ; Option (2) : Décès - PTIA - IPT - ITT ; Option (3) : Décès - PTIA - ITT - IPT - IPP ; Option (4) : Décès seul

(5) si le candidat a répondu non à la question sur le cumul d'encours supérieur à 200 000€ et que la dernière échéance survient avant le 60ème anniversaire du candidat, le choix de la franchise est limité à 90, 120 ou 180 jours

(*) Merci de joindre l'(es)échéancier(s) fourni(s) par l'organisme prêteur

Extension / Rachat de Garanties

Souhaitez-vous bénéficier de l'option PSY (Garantie des affections psychiatriques et syndromes de fatigue sans nécessité d'hospitalisation) & DOS (Garantie des affections discales/vertébrales sans nécessité d'hospitalisation) et valable uniquement pour les options 2, 3 ?

DOS PSY DOS & PSY

Déclaration sur l'honneur (à remplir et à signer par le Candidat à l'Assurance uniquement s'il a souscrit des prêts à la consommation affectés ou dédiés)

Conformément à la Convention AERAS, le renseignement du Questionnaire de santé n'est pas obligatoire pour le Candidat à l'assurance de 50 ans au plus ayant souscrit des prêts à la consommation affectés ou dédiés dont le montant ne dépasse pas 17000€ et dont la durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans. Le Candidat à l'assurance déclare sur l'honneur que le montant cumulé de ses prêts à la consommation affectés ou dédiés n'excède pas 17000€ et qu'à ce titre, il est exonéré du renseignement du Questionnaire de santé : Oui Non

Signature du candidat à l'assurance précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à : _____

Le : _____

Coordonnées de l'Organisme Prêteur

Nom : _____ Code postal : _____

N° et Voie : _____ Ville : _____

Clauses bénéficiaire

Nom : _____ Code postal : _____

N° et Voie : _____ Ville : _____

Prise d'effet des garanties

Date d'effet souhaitée : _____ (au plus tôt, date d'acceptation de l'offre de prêt)

Vente à distance

En cas de vente à distance, les garanties ne prennent normalement effet qu'à l'issue du délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article 10.2 « Prise d'effet et durée des garanties » de la notice d'information.

Souhaitez-vous que les garanties prennent effet à la date d'édition de l'offre dans le cas où cette date interviendrait avant l'expiration du délai de renonciation ? Oui (*) Non

(*) En répondant Oui à la question ci-dessus, vous bénéficiez toujours de votre droit à renonciation tel que stipulé à l'article 19 « Faculté de renonciation » de la notice d'information.

Mode de règlement

Merci de fournir un RIB et de compléter votre mandat SEPA pour toute demande de prélèvement automatique

 Prélèvement automatique Périodicité : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Vente à distance

Frais de dossier 32€ (dont 2€ de frais d'adhésion à la Mutuelle).

Ces frais sont payés en une seule fois et appelés avec la première cotisation fractionnée

Droits associatifs APPSR : 5€ par an. Ces frais sont payés chaque année et appelés avec la première cotisation de l'année

Déclaration du Candidat à l'Assurance

Le Candidat à l'Assurance demande à adhérer à la Mutuelle Nationale des Constructeurs et Accédants à la Propriété (MNCAP) et sollicite le bénéfice du contrat mutualiste MNCAP 1309.

Il certifie avoir :

- Pris connaissance de la notice d'information du contrat MNCAP 1309 FORALL notamment en ce qui concerne l'objet du contrat, les exclusions de garanties et les conditions d'exercice du droit à renonciation, avoir compris et en accepter tous les termes et rester en possession de l'exemplaire de 17pages qui lui revient ;
- Pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle consultables sur le site internet : www.mncap.fr ;
- Pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association APPSR consultables sur le site internet : www.appsr.fr
- Renseigné la présente Demande Individuelle d'Adhésion ainsi que le cas échéant les documents de sélection médicale qu'il certifie exact(s), étant rappelé qu'ils servent de base à l'appréciation du risque par la Mutuelle et que la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de son adhésion conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité ;
- Été informé de son obligation d'informer la Mutuelle de tout changement sur son état de santé ou sa situation professionnelle ou personnelle survenant avant la prise d'effet des garanties ;
- Été informé, s'il n'a pas été dispensé de toute déclaration sur son état de santé en application de l'article L.113-2-1 du code des assurances, de son obligation d'informer la Mutuelle de tout changement sur son état de santé survenant avant la prise d'effet des garanties ;
- Été informé que le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale, d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente Partielle ;
- Été informé que les réponses et informations fournies dans le présent document sont destinées à Mutuelle ou son (leurs) intermédiaire(s), au(x) réassureur(s) et à l'organisme prêteur ; qu'elles sont nécessaires pour la gestion du contrat d'assurance et que conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée « Informatique, Fichiers et Libertés », il dispose d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à Groupe MNCAP – Délégué à la Protection des Données – 5 rue Dosne 75116 Paris ;
- Été informé que si son adhésion à la présente assurance au titre de son prêt immobilier est refusée pour des raisons liées à son état de santé, une assurance dite de 2ème niveau sera automatiquement étudiée. En cas de refus de 2ème niveau, sous réserve des dispositions de la convention AERAS, une assurance dite de 3ème niveau pourra également être étudiée. Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr ;
- Été informé que si lui-même, un membre direct de sa famille ou une personne avec laquelle il est étroitement associée venait à occuper une fonction publique importante pour le compte de l'état français ou d'un état étranger, il est tenu d'en informer immédiatement la Mutuelle. La poursuite de la relation d'affaire sera soumise à une nouvelle autorisation.
- En présence d'un Souscripteur, ce dernier s'engage irrévocablement pour le compte du Candidat à l'assurance à régler Frais d'Adhésion, les Frais de dossier, les droits associatifs et les cotisations jusqu'au terme des prêts.

Le Candidat à l'Assurance et Adhérent

Fait à : _____

Le : _____

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»

Le Soucripteur

(si différent du Candidat à l'Assurance et cachet pour les entreprises)

Fait à : _____

Le : _____

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»

A compléter et à nous retourner par courrier à :

Groupe MNCAP – 5 rue de Dosne 75116 Paris

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LA MNCAP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions figurant au présent contrat.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra 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.

Assuré

Créancier

N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA :

FR 40 ZZZ 292133

NOM ET ADRESSE CRÉANCIER :

MNCAP

5, rue de Dosne 75116 PARIS - France

Coordonnées du compte à débiter (Prélèvements récurrents)

IBAN : _____ BIC : _____

Signé à : _____

*Signature de
l'assuré :*

Le : _____

A compléter (si l'assuré n'est pas le titulaire du compte à débiter)

Nom / Prénom ou dénomination sociale du titulaire du compte : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Signé à : _____

*Signature du
titulaire du compte :*

Le : _____

Cadre réservé à

Référence unique du mandat*	
Contrat concerné	

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 la prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de celle-ci, même en cas de contestation ou 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 informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que par le créancier délégué pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel.

* Le RUM vous sera communiqué par courrier dès l'enregistrement de votre contrat.