

## 1 CADRE « CARACTERISTIQUES DU FINANCEMENT »

Assurez-vous de bien renseigner le montant du ou des prêts à assurer, leur durée, la garantie et la quotité choisie.

## 2 CADRE « GARANTIE FACULTATIVE ASSURANCE PERTE D'EMPLOI »

Veillez à cocher l'une des cases « OUI » ou « NON ». Dans le cas où vous cochez « OUI », assurez-vous d'indiquer l'option choisie.

## 3 CADRE « DECLARATION DE LA PERSONNE A ASSURER »

Vérifiez que vous avez apposé la mention « lu et approuvé » et signé dans les emplacements prévus.

### QUELLE FORMULE CHOISIR ?

**Formule 1** : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : si vous êtes retraité(e) ou n'exercez pas une activité salariée.

**Formule 2** : Décès, Invalidité, Incapacité : si vous êtes en activité.

### TARIF MENSUEL

Age à l'adhésion	Age à la fin du prêt	Formule 1 Décès / PTIA	Formule 2 Décès / PTIA / IPT / IPP / ITT
Moins de 30 ans	Jusqu'à 75 ans inclus	<b>0,013% (taux mensuel)</b> Ex : Pour 100 000 € empruntés, votre assurance mensuelle est de 13 €	<b>0,0245% (taux mensuel)</b> Ex : Pour 100 000 € empruntés, votre assurance mensuelle est de 24.50 €
De 30 à moins 70 ans	Jusqu'à 75 ans inclus	<b>0,033% (taux mensuel)</b> Ex : Pour 100 000 € empruntés, votre assurance mensuelle est de 33 €	<b>0,036% (taux mensuel)</b> Ex : Pour 100 000 € empruntés, votre assurance mensuelle est de 36 €

Tarif sous réserve d'acceptation médicale aux conditions normales du contrat (hors cas de surprime).

### QUOTITE D'ASSURANCE DU CAPITAL A GARANTIR

La quotité d'assurance est la répartition de la couverture entre les personnes à assurer. La quotité, exprimée en pourcentage du capital emprunté, s'applique à toutes les garanties de votre assurance et doit être correctement estimée.

En effet, en cas de décès, le conjoint survivant pourra-t-il faire face aux dépenses courantes du ménage (les factures EDF, les impôts fonciers et autres ne sont pas divisés par deux) sans l'apport du revenu du disparu ?

En cas d'invalidité, les éventuelles dépenses d'aménagement de l'habitat pourront-elles être assumées par le conjoint ?

Lorsqu'il y a une seule personne à assurer, l'assurance couvre cette personne unique. Sous « Quotité du capital à garantir », vous devez donc indiquer 100%.

Lorsqu'il y a deux personnes à assurer, l'assurance couvre séparément chacune des personnes. Pour compenser toute perte de revenu en cas de décès de l'une des personnes à assurer, le choix de la quotité par personne est primordial. Ainsi, pour un niveau de protection et de sécurité optimum, Magnolia Web Assurances vous recommande une quotité d'assurance à 100% par personne à assurer. Les autres répartitions possibles entre les personnes à assurer sont : 100/100 ; 90/10 ; 80/20 ; 70/30 ; 60/40 ; 50/50 ; 100/50 ; 80/70.

### GARANTIE FACULTATIVE ASSURANCE PERTE D'EMPLOI

Vous avez le choix entre 10 options :

Options	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cotisation mensuelle par assuré	9 €	18 €	27 €	36 €	45 €	54 €	63 €	72 €	81 €	90 €
Indemnité mensuelle par assuré *	160 €	320 €	480 €	640 €	800 €	960 €	1120€	1280€	1440€	1600€

\* L'indemnité que vous choisissez ne doit pas être supérieure à la mensualité du(des) prêt(s) à assurer.

Si vous faites le choix de la garantie facultative « Assurance Perte d'Emploi », reportez le numéro de l'option choisie sur la demande d'adhésion.

**Renvoyez sans tarder votre dossier pré-rempli complet à votre conseiller Magnolia Web Assurances.**

**Vous bénéficierez ainsi d'une garantie immédiate en cas de décès accidentel entre la réception de votre dossier par votre conseiller et le déblocage des fonds (cf. art. 6.5 de la notice d'information CSF Assurance Emprunteurs)**

Si vous souhaitez obtenir des précisions pour remplir votre dossier, n'hésitez pas à contacter votre conseiller Magnolia Web Assurances.



# DEMANDE D'ADHESION

AUX CONTRATS N° V. 9764 0013 CSF ASSURANCE EMPRUNTEURS  
et N° V.1054 ASSURANCE PERTE D'EMPLOI  
PRÊTS IMMOBILIERS - PRÊTS HYPOTHECAIRES

**CSF Assurances**  
SARL de courtage d'assurances au  
capital de 450 000 Euros  
Siège social : 9, rue du Faubourg  
Poissonnière 75313 PARIS CEDEX 09  
RCS Paris B 322 950 148  
N° ORIAS 07 008 834

N° de projet :  
Organisme prêteur :  
Adresse :

## I. EMPRUNTEUR

N° d'adhérent :

M.  Mme  Melle

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Professions(s) exercée(s) :

Date de naissance :

Email :

Adresse :

Code postal :

Ville :

## 2. CARACTERISTIQUES DU FINANCEMENT ET DE L'ASSURANCE V. 9764 0013

	Type de prêt	N° de prêt	Montant	Durée (en mois)	Garantie choisie*	Quotité du capital à garantir
Prêt 1						%
Prêt 2						%
Prêt 3						%
Prêt 4						%
Prêt 5						%
Prêt 6						%

\*Garantie choisie :

Formule 1 = DC/PTIA - **Attention : seule la garantie Décès est accordée pour les assurés à la retraite ou âgés de 65 ans et plus.**

Formule 2 = DC/PTIA/IPT/IPP/ITT

## 3. GARANTIE FACULTATIVE ASSURANCE PERTE D'EMPLOI

Je souhaite souscrire la garantie facultative Assurance Perte d'Emploi :

NON  OUI  N° option : \_\_\_\_\_

Options	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indemnité mensuelle par assuré	160 €	320 €	480 €	640 €	800 €	960 €	1 120€	1 280€	1 440€	1 600€

Le montant de l'indemnité est limité à 1 600 € par mois, y compris les encours éventuels déjà assurés au titre du présent contrat. A aucun moment du remboursement du prêt, l'indemnité choisie ne doit excéder la mensualité. Lorsque l'emprunteur et le co-emprunteur sont assurés, l'indemnisation ne pourra être en aucun cas supérieure à la somme des mensualités de l'ensemble des prêts assurés.

Je déclare, ce jour, être âgé(e) de moins de 55 ans, exercer à titre principal une activité salariée sous contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois chez le même employeur, être susceptible de bénéficier d'allocations du Pôle Emploi ou assimilé, n'être ni en période d'essai ou de chômage partiel, ni en préavis de licenciement ou de démission ou de mise en préretraite ou en retraite.

**Je, soussigné(e), déclare avoir reçu un dossier d'adhésion à l'assurance de 9 pages et avoir pris connaissance des notices d'information de CSF Assurance Emprunteurs n° V. 9764 0013 (3 pages) et de l'Assurance Perte d'Emploi n° V. 1054 (1 page), Réf. : GC ADE/APE - 01/2012.**

J'ai bien noté que les prélèvements mensuels de CSF Assurance Emprunteurs et de l'Assurance Perte d'Emploi seront effectués en même temps ou indépendamment du remboursement de mes échéances de prêt.

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (en deux exemplaires)

Mention « lu et approuvé »

Signature de la personne à assurer

**ATTENTION : Votre acceptation à l'assurance sera faite sur la base de vos déclarations. Toute fausse déclaration entraînerait la nullité de l'assurance en application de l'article L.113-8 du Code des assurances.**

L'assuré et l'adhérent peuvent demander communication de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, et de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Un droit d'accès et de rectification ainsi qu'un droit d'opposition peut être exercé auprès de CSF Assurances - 9, rue du Faubourg Poissonnière - 75313 Paris Cedex 09.



# DEMANDE D'ADHESION

AUX CONTRATS N° V. 9764 0013 CSF ASSURANCE EMPRUNTEURS  
et N° V.1054 ASSURANCE PERTE D'EMPLOI  
PRÊTS IMMOBILIERS - PRÊTS HYPOTHECAIRES

**CSF Assurances**  
SARL de courtage d'assurances au  
capital de 450 000 Euros  
Siège social : 9, rue du Faubourg  
Poissonnière 75313 PARIS CEDEX 09  
RCS Paris B 322 950 148  
N° ORIAS 07 008 834

N° de projet :  
Organisme prêteur :  
Adresse :

## I. EMPRUNTEUR

N° d'adhérent :

M.  Mme  Melle

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Professions(s) exercée(s) :

Date de naissance :

Email :

Adresse :

Code postal :

Ville :

## 2. CARACTERISTIQUES DU FINANCEMENT ET DE L'ASSURANCE V. 9764 0013

	Type de prêt	N° de prêt	Montant	Durée (en mois)	Garantie choisie*	Quotité du capital à garantir
Prêt 1						%
Prêt 2						%
Prêt 3						%
Prêt 4						%
Prêt 5						%
Prêt 6						%

\*Garantie choisie :

Formule 1 = DC/PTIA - **Attention : seule la garantie Décès est accordée pour les assurés à la retraite ou âgés de 65 ans et plus.**

Formule 2 = DC/PTIA/IPT/IPP/ITT

## 3. GARANTIE FACULTATIVE ASSURANCE PERTE D'EMPLOI

Je souhaite souscrire la garantie facultative Assurance Perte d'Emploi :

NON  OUI  N° option : \_\_\_\_\_

Options	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indemnité mensuelle par assuré	160 €	320 €	480 €	640 €	800 €	960 €	1 120€	1 280€	1 440€	1 600€

Le montant de l'indemnité est limité à 1 600 € par mois, y compris les encours éventuels déjà assurés au titre du présent contrat. A aucun moment du remboursement du prêt, l'indemnité choisie ne doit excéder la mensualité. Lorsque l'emprunteur et le co-emprunteur sont assurés, l'indemnisation ne pourra être en aucun cas supérieure à la somme des mensualités de l'ensemble des prêts assurés.

Je déclare, ce jour, être âgé(e) de moins de 55 ans, exercer à titre principal une activité salariée sous contrat à durée indéterminée depuis plus de 12 mois chez le même employeur, être susceptible de bénéficier d'allocations du Pôle Emploi ou assimilé, n'être ni en période d'essai ou de chômage partiel, ni en préavis de licenciement ou de démission ou de mise en préretraite ou en retraite.

**Je, soussigné(e), déclare avoir reçu un dossier d'adhésion à l'assurance de 9 pages et avoir pris connaissance des notices d'information de CSF Assurance Emprunteurs n° V. 9764 0013 (3 pages) et de l'Assurance Perte d'Emploi n° V. 1054 (1 page), Réf. : GC ADE/APE - 01/2012.**

J'ai bien noté que les prélèvements mensuels de CSF Assurance Emprunteurs et de l'Assurance Perte d'Emploi seront effectués en même temps ou indépendamment du remboursement de mes échéances de prêt.

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (en deux exemplaires)

Mention « lu et approuvé »

Signature de la personne à assurer

**ATTENTION : Votre acceptation à l'assurance sera faite sur la base de vos déclarations. Toute fausse déclaration entraînerait la nullité de l'assurance en application de l'article L.113-8 du Code des assurances.**

L'assuré et l'adhérent peuvent demander communication de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, et de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Un droit d'accès et de rectification ainsi qu'un droit d'opposition peut être exercé auprès de CSF Assurances - 9, rue du Faubourg Poissonnière - 75313 Paris Cedex 09.

# DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT ASSURANCE DES EMPRUNTEURS

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM, ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT DU COMPTE À DÉBITER

## COMPTE À DÉBITER<sup>(4)</sup>

Etablissement      Guichet      N° de compte      Clé

## NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

### CSF Assurances

9 rue du Faubourg Poissonnière  
75313 Paris Cedex 09

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## 1. Autorisation de prélèvement Assurance des Emprunteurs

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements

N° NATIONAL ÉMETTEUR

**412 510**

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

CSF Assurances  
9, rue du Faubourg Poissonnière  
75313 PARIS Cedex 09

## COMPTE À DÉBITER

Etabliss'	Codes	Guichet	N° de compte	Clé RIB

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT DU COMPTE A DÉBITER

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.)

## 2. Autorisation de prélèvement à remplir si vous optez pour la garantie facultative Perte d'emploi

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements

N° NATIONAL ÉMETTEUR

**115 711**

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

SPB  
Département Prévoyance  
76095 LE HAVRE CEDEX

## COMPTE À DÉBITER

Etabliss'	Codes	Guichet	N° de compte	Clé RIB

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT DU COMPTE A DÉBITER

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.)