

DEMANDE D'ADHESION

AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF N°7270

Souscrit par l'ASSOCIATION NATIONALE DE PREVOYANCE (A.N.P) (Technopole du Moulin, Rond point du Canet CS10019 – 13590 MEYREUIL) auprès de GENERALI VIE (Entreprise régie par le Code des Assurances – S.A. au capital de 332 321 184 euros – RCS Paris n°602 062 481 – 2 rue Pillet-Will – 75009 PARIS) et GENERALI IARD (Entreprise régie par le Code des assurances, S.A. au capital de 94 630 300 euros – RCS Paris n° 552 062 663 – 2 rue Pillet-Will – 75009 PARIS), Sociétés appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026)

Cadre réservé à l'intermédiaire en assurance

Numéro Simulation
Nom / Prénom du conseiller
Code du point de vente
Référence (facultatif)

Conseil agréé



Comparateur d'Assurances de Prêts Immobiliers

PERSONNE A ASSURER

M. Mme Qualité : Emprunteur unique Caution Autre
Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Adresse email : _____
Adresse actuelle : _____ Adresse future (à compter du ____/____/____) : _____
Code postal _____ Code postal _____
Ville _____ Ville _____
Pays _____ Pays _____

DECLARATION SPECIALE « NON FUMEUR »

Je déclare être non-fumeur :

En cochant cette case, je déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date de ma demande d'adhésion et ne pas avoir été contraint de cesser de fumer à la demande du corps médical.

PROFESSION DE LA PERSONNE A ASSURER

- Salariés Cadres, Professions Libérales, Professions Intellectuelles Supérieures Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise
 Professions Intermédiaires, Agent de maîtrise, Employés, Salariés non cadre Agriculteurs, Agriculteurs exploitants, Ouvriers
 Fonctionnaires, Sédentaires, Administratifs (cadre/non cadre) Itinérants
 Retraités, Pré-retraités, Sans activité professionnelle

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 ? Non Oui

Exercez-vous une activité professionnelle en hauteur ? Non Oui jusqu'à 3 m Oui à + de 3 m Oui à + de 15 m

Classe de risques : Classe 1 Classe 2 Classe 3

EMPRUNTEUR (si différent de la personne à assurer)

Nom/Prénom ou Raison sociale : _____

Adresse : _____

ORGANISME PRETEUR

Raison sociale : _____

Adresse : _____



DEMANDE D'ADHESION (suite)

DATE D'EFFET (cocher la case correspondante et compléter la date) :

Mise en place d'un prêt → la date d'effet correspond à la date de signature de l'offre de prêt : ____/____/____

Reprise d'un prêt déjà en cours → indiquer la date d'effet que vous souhaitez : ____/____/____

Si vous ne connaissez pas encore la date d'effet, veuillez la communiquer au plus tôt à :

Multi-Impact – 41/43 avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.

Quelle que soit la date d'effet communiquée, la prise d'effet n'est effective que sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par l'assureur et de votre accord en cas d'acceptation à des conditions particulières.

DESCRIPTION DE L'OPERATION DE PRÊT (cocher les cases correspondantes et compléter)

Objet du(des) prêt(s) : achat immobilier construction professionnel consommation autre type de prêt

	Type de prêt (1)	Option de garantie (2)	Durée totale du prêt (dont différé)	Montant du prêt	Quotité à assurer	Montant à assurer (Montant du prêt X quotité)
Prêt n° 1	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PTZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2bis <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3bis <input type="checkbox"/> 4	_____ mois (..... mois)	_____ €	_____ %	_____ €
Prêt n° 2	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PTZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2bis <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3bis <input type="checkbox"/> 4 mois (..... mois) € % €
Prêt n° 3	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PTZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2bis <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3bis <input type="checkbox"/> 4 mois (..... mois) € % €
Prêt n° 4	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PTZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2bis <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3bis <input type="checkbox"/> 4 mois (..... mois) € % €
Prêt n° 5	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PTZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2bis <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3bis <input type="checkbox"/> 4 mois (..... mois) € % €
Prêt n° 6	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PTZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2bis <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3bis <input type="checkbox"/> 4 mois (..... mois) € % €
Prêt n° 7	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PTZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2bis <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3bis <input type="checkbox"/> 4 mois (..... mois) € % €
Prêt n° 8	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PTZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2bis <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3bis <input type="checkbox"/> 4 mois (..... mois) € % €
Total des nouveaux encours à assurer						_____ €
Total des encours déjà assurés chez Generali						_____ €
Total des encours déjà assurés et à assurer chez Generali						_____ €

TYPES DE PRET (1)
(à préciser dans le tableau ci-après)

A : Amortissable
PTZ : Prêt à taux zéro
IF : In fine
R : Relais



OPTIONS DE GARANTIES PROPOSEES (2)
(à préciser dans le tableau ci-après)

Option 1 : Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.)
Option 2 : Décès – P.T.I.A. – Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) – Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) – Incapacité Temporaire Partielle (I.T.P.)
Option 2bis : Décès – P.T.I.A. – I.T.T. – I.P.T. – I.T.P. – Perte d'Emploi (P.E.)
Option 3 : Décès – P.T.I.A. – I.T.T. – I.P.T. – I.T.P. – Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)
Option 3bis : Décès – P.T.I.A. – I.T.T. – I.P.T. – I.T.P. – I.P.P. – P.E.
Option 4 « Senior » : Décès
Les options 1, 2 et 3 sont accessibles de 18 à 66 ans inclus à l'adhésion
Les options 2bis et 3bis sont accessibles de 18 à 55 ans inclus à l'adhésion
L'option 4 est accessible de 67 à 80 ans inclus à l'adhésion

EXCLUSIONS LIEES AUX DEPRESSIONS NERVEUSES ET AUX AFFECTIONS DORSOLOMBAIRES
(cocher la ou les cases correspondantes)

Je demande la suppression des exclusions liées aux dépressions nerveuses et aux affections dorsolombaires, prévues au Titre « EXCLUSIONS », Paragraphe 3/, 6^{ème} et 7^{ème} points de la notice d'information référencée « DDP7270D–NI–08/2018 » :

OUI
 NON

DEMANDE D'ADHESION (suite)

FRAIS D'ADHESION ET DE DOSSIER (payables uniquement lors de l'adhésion, intégrés à la première cotisation)

Frais d'adhésion à l'ASSOCIATION NATIONALE DE PREVOYANCE (A.N.P)

8 euros

Frais de dossier

50 euros

COTISATIONS

Mode de paiement : prélèvement automatique obligatoire
(Mandat SEPA à compléter + RIB à joindre)

Périodicité de paiement demandée :

Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

BENEFICIAIRE(S) DES PRESTATIONS

• **EN CAS DE DECES** (cocher la case correspondante et compléter) :

L'organisme prêteur désigné ci-avant est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations seront versées au conjoint de l'assuré, à défaut aux enfants de l'assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'assuré, sauf désignation particulière indiquée ci-après : (préciser : nom, prénom, date et lieu de naissance) : _____

Autre clause bénéficiaire (si toutefois l'organisme prêteur n'est pas le bénéficiaire, indiquer ci-après la clause spécifique ou joignez là sur papier libre) : _____

• **EN CAS DE P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. ET P.E.** (si garanties souscrites) :

L'organisme prêteur désigné ci-avant (ou **l'Assuré lui-même** s'il en fait demande) est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

Dans tous les cas, en cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations seront versées à l'Assuré lui-même.

DECLARATIONS ET SIGNATURE DE LA PERSONNE A ASSURER

Je soussigné(e),

• déclare avoir pris connaissance des statuts de l'ASSOCIATION NATIONALE DE PREVOYANCE (A.N.P) et y adhérer,

• demande à adhérer au contrat d'assurance de groupe n° 7270,

• déclare avoir pris connaissance et être en possession du document intitulé « NOTICE D'INFORMATION DESTINEE A L'ASSURE relative au contrat d'assurance n° 7270 » référencée : « DDP7270D-NI-08/2018 »,

• certifie exactes et sincères les réponses apportées à la présente demande d'adhésion et au(x) questionnaire(s) de santé,

• déclare avoir été informé(e) de la possibilité d'envoyer la demande d'adhésion et le(s) questionnaire(s) de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur,

• déclare avoir pris connaissance de la convention AERAS (www.aeras-infos.fr),

• déclare avoir pris connaissance et accepter les termes du paragraphe « Information sur la protection des données (RGPD) » prévu au sein de la notice d'information.

Fait à _____, le _____

Signature de la personne à assurer :

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



LA DECISION DE L'ASSUREUR EST VALABLE 6 MOIS, ELLE VOUS SERA COMMUNIQUEE PAR L'ENVOI D'UNE PROPOSITION D'ASSURANCE OU DU CERTIFICAT D'ADHESION.



A compléter et à nous retourner par courrier à :
MULTI-IMPACT – 41-43 avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX

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

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.

*Champs obligatoires

ASSURE	CREANCIER
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">_____</p>	<p>SAS MULTI-IMPACT CS 110002 51687 REIMS CEDEX Identifiant Créancier SEPA : FR10ZZZ504715</p>

COORDONNEES DU COMPTE A DEBITER	
<p>_____</p> <p>NUMERO IBAN*</p>	<p>_____</p> <p>CODE BIC*</p>
<p>TYPE DE PAIEMENT: Paiement récurrent</p>	
<p>Signé à : _____</p> <p>Le : _____</p>	<p style="text-align: center;">Signature de l'assuré* : </p>

A COMPLETER SI L'ASSURE N'EST PAS LE TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
<p>Nom/Prénom ou dénomination sociale du titulaire du compte : _____</p> <p>_____</p>	
<p>Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____</p>	
<p>Signé à : _____</p> <p>Le : _____</p>	<p style="text-align: center;">Signature du titulaire du compte* : </p>

CADRE RESERVE A MULTI-IMPACT	
REFERENCE UNIQUE DU MANDAT	(Cette référence vous sera communiquée avec votre appel de cotisation)
CONTRAT CONCERNE	GENERALI 7270 CI

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 d'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 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'opposition, d'accès et de rectification conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel.