



Garantie Emprunteur

DEMANDE D'ADHÉSION au contrat n°7305

D.A. n°

A COMPLÉTER EN LETTRES MAJUSCULES

(ne pas oublier de compléter les rubriques précédées du symbole*)

Code courtier

Code T

PERSONNE À ASSURER

Madame Monsieur

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Profession : _____

Téléphone fixe : _____

Adresse actuelle : _____

CP et Ville : _____

Emprunteur Co-emprunteur Caution

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse e-mail : _____

Téléphone portable : _____

Nouvelle adresse : _____

CP et Ville : _____

À compter du : ____/____/____

PRÊTS GARANTIS

Caractéristiques du prêt	Prêt n°1	Prêt n°2	Prêt n°3	Prêt n°4
Type de prêt immobilier contracté : - Prêt amortissable - Prêt à taux zéro - Prêt remboursable in fine - Prêt relais - Prêt à paliers - Prêt constant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Capital emprunté				
Taux du prêt				
Durée totale (en mois)				
Dont différé de ⁽¹⁾				
Quotité assurée				
Nouveaux encours à assurer				
Périodicité de paiement des cotisations	<input checked="" type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	<input checked="" type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	<input checked="" type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle	<input checked="" type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle
A ce jour, avez-vous déjà des encours assurés chez GENERALI (hors prêts ci-dessus) ? * Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui, veuillez indiquer le montant total de ces capitaux (capitaux restant dûs multipliés * € par la quotité assurée) :				
(1) Le différé maximum est de : 36 mois pour un prêt amortissable et 204 mois pour un prêt à taux zéro				

EMPRUNTEUR (SI DIFFÉRENT DE LA PERSONNE À ASSURER)

Mme M.

Nom de naissance : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse actuelle : _____

CP et 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option 3 : décès + PTIA+ITT+IPT+ITP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option 4 : décès + PTIA+ITT+IPT+IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option 5 : 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				

Numéro de contrat : _____ Numero de D.A. : _____
Non de la personne à assurer : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Domicile actuel : _____

GARANTIE «confort dos et psy» (uniquement en complément des Options 2,3,4 ou 5)

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 « DDP7305C-NI-03/2018 »

* Oui Non

GARANTIE «PERTE D'EMPLOI» (UNIQUEMENT EN COMPLÉMENT DES OPTIONS 1,2,3,4 OU 5)

Je souhaite être assuré en cas de perte d'emploi

* Oui Non

BÉNÉFICIAIRE - ORGANISME PRÊTEUR

Nom /Raison sociale : * _____

Adresse : * _____

CP et ville : * _____

Adresse e-mail : * _____@_____ Téléphone : * _____

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

* Sous réserve qu'à cette date, l'assureur ai 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 15 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 «Le CERCLE DES EPARGNANTS», je demande à y adhérer et je déclare avoir pris connaissance de ses status (www.cerclledesepargnants.com). La qualité d'adhérent à l'association est acquise par le versement d'un droit unique d'adhésion non remboursable, qui sera prélevé en même temps que ma première cotisation, pour un montant de 8 euros,
- demande à adhérer au contrat d'assurance de groupe n°7305,
- déclare avoir reçu et pris connaissance du document intitulé «NOTICE D'INFORMATION DESTINEE A L'ASSURE relative au contrat d'assurance n°7305» référencée : DDP7305C-NI-03/2018,
- 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 «Informatique et libertés» 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 décision de l'assureur est valable 6 mois, elle vous sera communiquée par l'envoi d'une proposition d'assurance ou du certificat d'adhé-



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Contrat d'assurance collectif GENERALI n° 7305 présenté par MAGNOLIA WEB ASSURANCES et géré par MNCAP

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 40 ZZZ 292133

(B) DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
VILLE	
PAYS	FRANCE

(A) DESIGNATION DU CREANCIER

MNCAP
41 AVENUE DE VILLIERS
75017
PARIS
FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
--------------------------------------	--

Type de paiement

- Paiement récurrent/répétitif
 Paiement ponctuel

Signé à _____

Nom et prénom de l'assuré
Signature de l'assuré

Signature du titulaire du compte

Le __/__/____

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME) :

Nom du tiers débiteur :

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

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 un 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. »