

DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT

N°AFA201803755020-02

CANDIDAT À L'ASSURANCE

Civilité _____ Prénom : _____ Nom : _____
 Nom naissance : _____ Date de naissance : _____
 Profession : _____
 Adresse mail : _____ @ _____ Téléphone: _____
 Adresse personnelle : _____ Pays : _____
 Nouvelle adresse à compter du [] [] [] [] : _____ Pays : _____
 Intervenant en qualité de : emprunteur co-emprunteur caution dirigeant associé
 Je certifie être membre de l'Association François Aupetit et suis informé que je devrai le rester pendant toute la durée de mon contrat d'assurance
 OUI NON

COORDONNEES DE L'ORGANISME PRETEUR

Raison sociale : _____
 Adresse : _____ [] [] [] [] _____

PRETS A GARANTIR

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4
Montant initial du prêt				
Nature du prêt (immobilier, relais, professionnel)				
Mode de remboursement (amortissable, in fine)				
Taux d'intérêt (%)				
Durée Totale (mois)				
Dont durée Différé (mois)				
Quotité à assurer (%)				
Garanties souhaitées ²				
Réponse à la question sur l'éligibilité 3ème niveau AERAS ³	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Avez-vous déjà un contrat assuré auprès de la MNCAP ? OUI NON
 Si oui, quel est le montant du capital restant dû assuré ?€uros

> ¹ **OPTION RENFORT DOS & PSY** Oui Non Uniquement pour les FORMULES 2 ou 3

¹ Suppression des exclusions liées aux affections psychiatriques et aux affections du dos prévues à l'article 11.4 de la Notice d'Information applicables à l'Incapacité Temporaire Totale et l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle

> ² **LES FORMULES DE GARANTIES PROPOSEES SONT LES SUIVANTES :**

FORMULE 1 : Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

FORMULE 2 : Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Incapacité Temporaire Totale (ITT) et Invalidité Permanente Totale (IPT)

FORMULE 3 : Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Incapacité Temporaire Totale (ITT) et Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Franchise des garanties ITT, IPT ou IPP : 90 jours

> ³ **ELIGIBILITE 3EME NIVEAU AERAS**

Les Candidats à l'assurance de plus de 65 ans à l'adhésion ne sont pas éligibles à la souscription des garanties PTIA, ITT, IPT IPP conformément à l'article 3 de la Notice d'information. Merci de cocher oui, si ce prêt est destiné à l'acquisition de votre résidence principale, et si le cumul de vos encours assurés (y compris les prêts mentionnés ci-dessus) est inférieur ou égal à 320 000 € (hors prêt relais) ? Sinon, cochez non.

Merci de joindre le(s) échéancier(s) fourni(s) par l'Organisme Prêteur.

FRAIS DE GARANTIE ET DE DOSSIER DE L'ORGANISME PRÊTEUR

	Prêt 1	Prêt 2	Prêt 3	Prêt 4
Frais bancaire € (frais garantie + frais dossier)				

CLAUSE BENEFICIAIRE

Bénéficiaire : L'Organisme Prêteur (qui est réputée bénéficiaire acceptant)

PRISE D'EFFET DES GARANTIES ET MODE DE REGLEMENT

Date prévue de signature de l'offre de prêt: __/__/__

Date d'effet souhaitée : __/__/__

Règlement par prélèvement : MENSUEL TRIMESTRIEL ANNUEL

Règlement par chèque : SEMESTRIEL ANNUEL

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

VENTE A DISTANCE

En cas de vente à distance, les garanties ne prennent normalement effet qu'à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article 6.2 « Début des garanties » de la Notice d'information.

Souhaitez-vous que les garanties prennent effet à la date de signature de l'offre de prêt 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 de renonciation tel que stipulé à l'article 17.1 « Droit de renonciation » de la Notice d'Information

DECLARATION FUMEUR / NON FUMEUR

Nom du Candidat à l'assurance

Prénom

Date de naissance

Êtes-vous fumeur ? Je suis fumeur

Je suis non-fumeur et soussigné _____, déclare sur l'honneur ne pas fumer, y compris des cigarettes électroniques, ne pas consommer du tabac ou des produits contenant de la nicotine sous quelle que forme que ce soit, ou avoir arrêté de fumer, de vapoter, de consommer du tabac ou des produits contenant de la nicotine sous quelle que forme que ce soit depuis au moins 24 mois, et ne pas avoir arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical. En outre, je m'engage à informer la Mutuelle si je commence ou recommence à fumer, vapoter, consommer du tabac ou des produits contenant de la nicotine, même occasionnellement, pendant la durée du contrat.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature du Candidat à l'assurance précédée de la mention « certifié exact »

X

RISQUE PROFESSIONNEL

■ Profession exercée : _____ Secteur d'activité : _____

Statut : cadre, cadre assimilé, fonctionnaire classe A profession libérale
 non cadre, fonctionnaire commerçant, artisan
 exploitant agricole, salarié agricole retraité

■ Nombre de kilomètres professionnels parcourus / an :

≤ 15 000
 > 15 000

Merci de préciser si les déplacements sont effectués avec une voiture, un véhicule à deux-roues, ou un autre véhicule ou engins à moteur (préciser lequel) :

■ Exercez-vous une activité de manutention / de mobilisation / de soulèvement de charges (personnes ou choses) : non oui, et si oui :

≤ 15 kg
 > 15 kg

■ Exercez-vous une activité en hauteur : non oui, si oui :

≤ 15 m
 > 15 m

■ Manipulez-vous des machines, outils, des produits chimiques ou radioactifs ou corrosifs ou explosifs : non oui

si oui, précisez : _____

RISQUE DE SEJOUR

Devez-vous vous rendre, pour raison professionnelle, pour une durée de plus de 4 semaines, dans un pays en dehors de l'espace économique européen, Suisse, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Nouvelle Zélande, Singapour ? OUI NON

si oui, le(s)quel(s) : _____

RISQUE SPORTIF

Souhaitez-vous être protégé lors de votre pratique (hors initiation, baptême et découverte), en qualité d'amateur non rémunéré, d'au moins l'un des sports ou loisirs listés à l'article 11 de la Notice d'information n°AFA201803755020-02 ? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez le(s)sport(s)/loisir(s) pour le(s)quel(s) vous souhaitez racheter l'exclusion, sous réserve de l'accord de la Mutuelle: _____

FRAIS D'ADHESION A LA MNCAP (ces frais sont payés en une seule fois et appelés à la 1^{ère} cotisation)**2 € de frais d'adhésion****DECLARATION PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSEE**

Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée* ?

 Oui Non

Êtes-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.

DECLARATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

Je soussigné(e) :

- Certifie être membre de l'Association François Aupetit et maintenir mon adhésion en vigueur pendant toute la durée du prêt,
- **Demande à adhérer au contrat d'assurance collective n°AFA201803755020-02** à adhésion facultative souscrit par l'Association François Aupetit auprès de la Mutuelle,
- **Donne mon consentement** à l'assurance et accepte que l'Organisme Prêteur désigné ci-avant soit Bénéficiaire en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Incapacité Permanente Partielle, lorsque la somme est exigible,
- **Déclare être informé(e)** que si mon adhésion à la présente assurance, au titre d'un prêt immobilier ou professionnel est refusée pour des raisons liées à mon état de santé, une assurance dite de 2^{ème} niveau sera automatiquement étudiée. En cas de refus au 2^{ème} niveau, sous réserve des dispositions de la convention AERAS, une assurance dite de 3^{ème} niveau pourra également être étudiée. Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr,
- **M'engage à payer les cotisations à ma charge,**
- **Certifie exactes et sincères** les informations figurant sur la présente Demande d'Adhésion et les réponses portées dans le Questionnaire de santé. **Je déclare ne pas ignorer que, conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance et que conformément à l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, en cas d'omission ou de déclaration inexacte, l'adhésion pourra être résiliée ou maintenue moyennant augmentation de la cotisation acceptée par l'Assuré ;**
- M'engage à informer la Mutuelle de toute modification de mon état de santé ou situation professionnelle pouvant survenir avant la prise d'effet des garanties ;
- **Déclare** être informé que les données communiquées dans le cadre de la demande d'adhésion d'assurance de prêt sont destinées à la Mutuelle, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat d'assurance. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au contrat d'assurance. Les réponses aux questions posées sont obligatoires pour étudier la demande.
Conformément à la loi « **informatique et libertés** » du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent et l'Assuré bénéficient d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux informations les concernant, et peuvent, pour des motifs légitimes, s'opposer à leur traitement. Toute demande doit être adressée à MNCAP – à l'attention de la Direction générale – 5 rue Dosne 75116 PARIS. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « **Médecin conseil** » ;
- **été informé(e) 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.**

 Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la NOTICE D'INFORMATION du contrat n°AFA201803755020-01, qui précise notamment l'objet du contrat, les exclusions de garanties et les conditions et modalités d'exercice de la faculté de renonciation, en accepter tous les termes et m'engage à en conserver un exemplaire.

Candidat à l'assurance	Adhérent (si différent du Candidat à l'assurance)
Fait à _____, le ____/____/____ Signature avec la mention « certifié exact »	Fait à _____, le ____/____/____ Signature avec la mention « certifié exact »