



Demande de Prêt Immobilier Bonifié

*Document à communiquer à la Mutuelle Nationale Militaire pour le traitement de votre demande.
En cas de réponse positive de la mutuelle, votre dossier sera transmis à la Banque Fédérale Mutualiste pour
l'analyse financière de votre demande.*

***Partenariat entre
la Mutuelle Nationale Militaire
et la Banque Fédérale Mutualiste***



BANQUE FÉDÉRALE MUTUALISTE
Profession banquier, vocation solidarité

Société Coopérative de Banque au capital de 83 710 818,50 €
 1 place des Marseillais – 94227 CHARENTON-LE-PONT Cedex
 RCS CRETEIL B 326 127 784
 Intermédiaire en Assurances immatriculé à l'ORIAS sous le
 n°08 041 372



MUTUELLE NATIONALE MILITAIRE
Engagée à vos côtés

48 rue Barbès – 92542 MONTROUGE CEDEX
 Registre National des Mutuelles sous le numéro
 775 666 324

Références Bancaires de l'Emprunteur

Code banque	Code agence	Numéro de compte	Clé RIB	date d'ouverture

Situation Personnelle	Emprunteur	Co-emprunteur
Nom : M., Mme, Mlle		
Nom de jeune fille :		
Prénoms :		
Date de naissance :		
Lieu de naissance :		
Nationalité :		
Situation de famille :	Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/>
Contrat de mariage :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si OUI, régime matrimonial :	Communauté universelle <input type="checkbox"/> Communauté réduite aux acquêts dite communauté légale <input type="checkbox"/>	Séparation de biens <input type="checkbox"/>
Personnes à charge :	Nombre _____	Année(s) de naissance : _____
Numéro d'adhérent de la Mutuelle Nationale Militaire		

Domicile actuel : N°, rue : _____ Tél. : _____
 Ville : _____ Code Postal : _____
 Propriétaire Locataire Montant mensuel du loyer actuel : _____

Situation Professionnelle	Emprunteur	Co-emprunteur
	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non Salarié	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non Salarié
Corps activité professionnelle		
Service employeur / Raison sociale		
Adresse administrative / professionnelle		
Téléphone professionnel		
Date d'entrée		
Salaire ou revenu mensuel net		
Primes moyennes mensuelles ou autres revenus à préciser		

Revenus mensuels moyens :

A

B

Ressources mensuelles globales

A + **B**

Patrimoine immobilier existant

Désignation des biens	Adresse	Estimation	Résidence secondaire, Vente, Location....
.....
.....
.....

Charges financières en cours (immobilières ou autres)

Organismes prêteurs	Objet du prêt	Encours de prêt (montant restant dû)	Date de fin de prêt	Charges mensuelles
Total des charges mensuelles				C

Renseignements sur l'opération envisagée

Nature : Construction Individuelle

Acquisition } Appartement } Neuf
 Pavillon } Ancien

Adresse de l'opération

envisagée : n°, rue : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Date d'occupation prévisionnelle des locaux : ____ / ____ / ____

Date prévue pour la signature de l'acte d'acquisition chez le notaire : ____ / ____ / ____

Notaire (nom , adresse) : _____

Financement de l'Opération

Coût total de l'opération :
(hors frais de notaire)

Dont coût du terrain :

Nature des Prêts	Taux hors assurance	Montant	Durée	Charges mensuelles
<input type="checkbox"/> Prêt Immobilier Bonifié BFM				
<input type="checkbox"/> Prêt Conventionné				
<input type="checkbox"/> Prêt E.L. sur plan				
<input type="checkbox"/> Prêt E.L. sur compte				
<input type="checkbox"/> Autre(s) Prêt(s)				

Montant Apport personnel

Total **(D)**

Total des charges mensuelles **(D)** + **(C)** = **(F)**

Rapport *Charges / Ressources*
(*Taux d'endettement*) =

$$\frac{\text{(F)}}{\text{(A)} + \text{(B)}}$$

soit %

Demande d'adhésion à l'assurance D.I.T.

Contrat d'assurance-groupe couvrant les risques de décès, invalidité et incapacité de travail.
Veuillez prendre connaissance de la notice d'assurance rattachée au présent imprimé.

Le montant du capital doit être obligatoirement assuré à 100% :

Emprunteur : _____ % du montant du prêt assuré

Co-emprunteur : _____ % du montant du prêt assuré

Signature de l'emprunteur

Signature du co-emprunteur

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements donnés ci-dessus.

Fait à _____

le ____ / ____ / _____

Clause loi Informatique et Libertés issue de la Loi du 6 janvier 1978

Les données à caractère personnel qui vous sont demandées sont obligatoires pour le traitement de votre demande de prêt. Elles sont destinées, à la Mutuelle Nationale Militaire pour l'analyse de l'éligibilité à la bonification ainsi qu'à la Banque Fédérale Mutualiste, qui, de convention expresse, est autorisée à les communiquer à ses sous-traitants, partenaires, courtiers et assureurs ainsi qu'aux personnes morales de leurs groupes respectifs à des fins de gestion, d'octroi de crédit, de sélection et de gestion des risques, de la prévention de la fraude, de recouvrement ou la cession de créances, de gestion des incidents de paiement, de prospection commerciale et de réalisation d'animations commerciales, d'études statistiques et patrimoniales.

Elles peuvent également être communiquées aux bénéficiaires de virements de fonds ainsi qu'à leurs banques, à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux dispositions du règlement CE/178 du 15 novembre 2006.

Vous pouvez pour des motifs légitimes, vous opposer à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement.

Vous pouvez également vous opposer, sans frais, à ce qu'elles soient utilisées à des fins de prospection, notamment commerciale soit par voie postale soit immédiatement en cochant la case suivante :

Vos droits d'accès, de rectification et d'opposition peuvent être exercés selon les modalités prévues dans le décret 2005-1305 auprès du service « Instruction » de la BFM à l'adresse suivante : 1 place des Marseillais 94227 Charenton-le-Pont

Signature de l'emprunteur

Signature du co-emprunteur

Je reconnais avoir pris connaissance de la clause CNIL et accepte que les données collectées dans la présente demande soient transmises à la BFM pour l'analyse de mon dossier de financement.

J'accepte expressément que la décision d'acceptation ou de refus de mon dossier par la BFM soit communiquée à la Mutuelle Nationale Militaire dans le cadre du partenariat.

Cadre réservée à la Mutuelle Nationale Militaire



Date :

Signature et Tampon de la Mutuelle

La Mutuelle Nationale Militaire accepte de bonifier le taux d'intérêt pour la demande de prêt immobilier BFM de Mme/M..... pour un financement de € sur une durée de..... mois.

--