

**Zone réservée à l'apporteur**

Code : _____
Nom : _____
Agence : _____

**DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT GROUPE
À ADHÉSION FACULTATIVE UGIP C.I. N°7352**

SOUSCRIT PAR L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE - UGIP - Siège social : 2, rue Turgot 75002 PARIS Association Loi 1901 Déclaration Préfecture de PARIS N°74-1389 Services administratifs : Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS. Auprès de Generali Vie (l'Assureur) S.A. au capital de 332 321 184 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris - Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

GESTION : _____

1 - IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ (1)Emprunteur Cautions Sexe : M F

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Nationalité : Française Autre (précisez) : _____

Profession exacte : _____

Situation de famille : _____

Téléphone ou GSM : _____ Email : _____

Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? (2) Oui Non Êtes-vous une membre de la famille(3) d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits(4) avec une Personne Politiquement Exposée ? Oui Non **2 - ADRESSE DE CORRESPONDANCE**

Adresse actuelle : _____

Code postal : _____ Ville actuelle : _____

Adresse future : _____

À compter du : _____

Code postal : _____ Ville future : _____

3 - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT PAYEUR DE PRIMES (si différent de l'Assuré)

Personne morale : _____ Adresse : _____

SIREN : _____ M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Commune de naissance : _____

Code postal de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Adresse Actuelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____



DOCUMENT ÉTABLI EN 3 EXEMPLAIRES (1 POUR L'ASSURÉ, 1 POUR LE COURTIER, 1 POUR UGIP)

UGIP Association Loi 1901 - Déclaration Préfecture de PARIS N°74-1389 - Services administratifs Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS - UGIP C.I. N°7352_DA_REF_01_VN*202307)

4 - OPTIONS ET GARANTIES SOUHAITÉES

OPTION 1 = Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (Décès seul si au delà de 67 ans)

OPTION 2 = OPTION 1 + Incapacité Totale / Partielle de Travail (Franchise 60 jours continus) + Invalidité Permanente Totale / Partielle

OPTION 3 = OPTION 1 + Incapacité Totale / Partielle de Travail (Franchise 90 jours continus) + Invalidité Permanente Totale / Partielle

OPTION 4 = OPTION 1 + Incapacité Totale / Partielle de Travail (Franchise 180 jours continus) + Invalidité Permanente Totale / Partielle

OPTION « RACHAT DOS / PSY »

OPTION « PERTE D'EMPLOI »

(Si en C.D.I. depuis plus de 12 mois à la souscription)

5 - CARACTERISTIQUE(S) DE(S) EMPRUNT(S)

Type de projet :

Objet du ou des prêts : Résidence principale Résidence secondaire Investissement locatif Prêt professionnel Prêt à la consommation

Autres :

Nature du prêt (5)	Taux H.A. en %	Durée totale (mois)	Dont - mois de différé	Montant du prêt	Type de prêt (6)	Quotité		Option choisie
						Décès-PTIA /	Incap-Inval	
A. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	Mois	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	Mois	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	Mois	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	Mois	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	Mois	€		- / -	

(5) - NATURE DU PRÊT = A : Prêt Amortissable - I.F. : Prêt In Fine - R : Prêt Relais - P.A.P. : Prêt à Paliers (Joindre impérativement le détail des paliers)

(6) - TYPE DE PRÊT = M : Prêt modulable +/- 5 ans - V : Prêt à taux Variables +/- 5 ans. Type de différé : Partiel (P) / Total (T)

Pour les Prêts à Paliers	PRÊT 1		PRÊT 2		PRÊT 3		PRÊT 4		PRÊT 5	
	Montant des Paliers	Durée des Paliers	Montant des Paliers	Durée des Paliers	Montant des Paliers	Durée des Paliers	Montant des Paliers	Durée des Paliers	Montant des Paliers	Durée des Paliers
1er palier	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois
2ème palier	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois
3ème palier	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois
4ème palier	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois
5ème palier	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois

6 - BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT

Nom ou Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

SI L'OBJET DE LA COUVERTURE EST UNE PRÉVOYANCE ADOSSÉE À UN PRÊT VEUILLEZ COMPLÉTER CI-DESSOUS :

CHOIX DU BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURÉ EN CAS DE DÉCÈS (pour les autres garanties souscrites, le bénéficiaire est l'assuré)

Je désigne comme bénéficiaire du contrat mon conjoint, non décédé, non divorcé, non séparé de corps ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés en cas de décès, par parts égales entre eux, à défaut mes parents par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers ou ayants droit par parts égales entre eux.

Je désigne nominativement le(s) bénéficiaire(s) ci-dessous (nom ainsi que le nom de naissance, prénom, date de naissance, ville de naissance, adresse actuelle) :

Connexe :



DOCUMENT ÉTABLI EN 3 EXEMPLAIRES (1 POUR L'ASSURÉ, 1 POUR LE COURTIER, 1 POUR UGIP)

UGIP Association Loi 1901 - Déclaration Préfecture de PARIS N°74-1389 - Services administratifs Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS - UGIP C.I.

N°7352_DA_REF_01_VN°202307

(page-2)

7 - DÉCLARATION NON-FUMEUR / FUMEUR (à cocher impérativement pour bénéficier du tarif non-fumeur)

Je ne suis pas fumeur : je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares, pipes ou vapoteuse au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance, je prends acte qu'à ce titre toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.

Je suis Fumeur

8 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Date d'effet :

C'est la date prévue de déblocage des fonds et au plus tôt celle de l'acceptation médicale sous réserve du paiement de la cotisation

Périodicité : Annuelle Semestrielle Trimestrielle *Mensuelle

(*Uniquement prélèvement automatique) Par échéance : 2 € (Annuelle = 1 ; Semestrielle = 2 ; Trimestrielle = 4 ; Mensuelle = 12)

Droit d'entrée Unique :

Le droit d'entrée de € (par assuré) est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre de l'UGIP

Mode de règlement souhaité : Chèque Prélèvement automatique

Pour le prélèvement automatique : joindre le mandat SEPA daté et signé accompagné d'un RIB ou RIP

Frais de dossier €

Frais par échéance 2 €

€ x 1 €

Première échéance €

L'(Les) Assuré(s) demande(nt) à adhérer à UGIP et simultanément au contrat groupe à adhésion facultative N° 7352 auprès de GENERALI VIE. Il(s) verse(nt) à ce jour la cotisation à UGIP Assurances et leur donne(nt) mandat pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et le(s) représenter auprès de ceux-ci. Il(s) déclare(nt) avoir reçu copie des statuts ainsi qu'un exemplaire des conditions générales valant notice d'information du contrat N°7352, l'ensemble formant un tout indissociable. Il(s) déclare(nt) avoir pris connaissance des conditions de cette assurance, de la définition des garanties, des formalités à accomplir en cas de sinistre, en acceptant les termes et rester en possession de ladite notice d'information. Il(s) déclarent avoir connaissance qu'il(s) peut(vent) former toutes réclamations écrites au sujet du présent contrat auprès de UGIP Assurances.

Protection des données personnelles

Les données collectées font l'objet de traitements informatiques ayant pour finalité d'enregistrer et de traiter la demande d'adhésion au contrat d'Assurance ainsi que sa gestion et son exécution. Le responsable de traitement pour l'adhésion et la gestion du contrat est UGIP Assurances intervenant pour le compte de GENERALI VIE. Les données collectées, y compris les données de santé, sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés de UGIP Assurances et de GENERALI VIE, ainsi que le cas échéant, à leurs sous-traitants, partenaires, réassureurs ou aux organismes professionnels concernés. En cas de conclusion de l'adhésion, les données personnelles communiquées par les personnes intéressées ou générées du fait de l'adhésion sont conservées par UGIP Assurances pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce en fonction du type de données collectées. En l'absence de conclusion du contrat, les données peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter leur collecte par UGIP Assurances ou du dernier contact émanant du prospect (demande de renseignement ou de documentation par exemple).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (ou « RGPD »), vous disposez, en tant qu'Adhérent et/ou assuré d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, d'un droit d'opposition au traitement, d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à UGIP Assurances, 73/75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS. Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du Médecin Conseil. UGIP Assurances a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : UGIP Assurances, 73/75 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS (dpo@ugip.org). Si aucune solution n'a pu être trouvée avec le Délégué à la Protection des Données ou le Médecin-Conseil, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) en écrivant à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr.

Fait à : _____

Le : _____

POUR L'ASSURÉ

Signature de la main de l'assuré précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

UGIP Assurances (courtier en assurance) Société par Actions Simplifiées au capital de 130 944 € RCS PARIS N° 398 784 645 - Siret N° 398 784 645 00044 Enregistrée auprès de l'ORIAS sous le N° 07 005 590 (site internet de l'ORIAS www.orias.fr) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale à : UGIP Assurances Service Réclamations - Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS.



DOCUMENT ÉTABLI EN 3 EXEMPLAIRES (1 POUR L'ASSURÉ, 1 POUR LE COURTIER, 1 POUR UGIP)

UGIP Association Loi 1901 - Déclaration Préfecture de PARIS N°74-1389 - Services administratifs Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS - UGIP C.I.

N°7352_DA_REF_01_VN*202307

(page-3)

- L'assuré reconnaît avoir pris connaissance que les conséquences qui pourraient résulter d'une fausse déclaration, sont celles prévues par le Code des Assurances, article L113.8 - nullité du contrat - reproduit ci-dessous :
« *Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.* »
- En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement.
- Le dossier de souscription se compose des pièces suivantes :
 - La Demande d'Adhésion.
 - Une copie de la C.N.I. ou du Passeport de(s) Assuré(s) et des Bénéficiaires si ceux-ci sont des personnes physiques.
 - La Fiche Devoir de Conseil
 - Le Questionnaire de Santé Simplifié ou le Questionnaire de Santé.
- Pensez à dater et à signer tous les feuillets de la demande d'adhésion et d'indiquer manuellement la mention « Lu et Approuvé ».
- En cas d'assurance emprunteur merci de vérifier que le nom et l'adresse complète de l'établissement bénéficiaire des garanties sont correctement indiqués.
- Indiquez impérativement le montant du prêt et la quotité à assurer aux endroits indiqués.
- Pensez à joindre votre R.I.B. ou R.I.P., accompagné du mandat SEPA.

UGIP Assurances (courtier en assurance) Société par Actions Simplifiées au capital de 130 944 € RCS PARIS N° 398 784 645 - Siret N° 398 784 645 00044 Enregistrée auprès de l'ORIAS sous le N° 07 005 590 (site internet de l'ORIAS www.oriass.fr) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale à : UGIP Assurances Service Réclamations - Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS.

JOINDRE IMPERATIVEMENT AVEC LE MANDAT SEPA UN : R.I.B OU R.I.P.

**MANDAT
SEPA**

Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **UGIP ASSURANCES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de **UGIP ASSURANCES**. 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, et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.



NOM, PRÉNOM, ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE :

POUR LE COMPTE DE :

**UGIP Assurances
73 - 75, Rue Brillat-Savarin
75013 PARIS**

Paiement : Récurrent Unique

N°IBAN :

FR _____

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

N°BIC :

Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier Code)

UGIP Assurances (courtier en assurance) Société par Actions Simplifiées au capital de 130 944 € RCS PARIS N° 398 784 645 - Siret N° 398 784 645 00044 Enregistrée auprès de l'ORIAS sous le N° 07 005 590 (site internet de l'ORIAS www.oriass.fr) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale à : UGIP Assurances Service Réclamations - Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS.

Le :

SIGNATURE :

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) : UGIP*

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) : FR61UGI627957



DOCUMENT ÉTABLI EN 3 EXEMPLAIRES (1 POUR L'ASSURÉ, 1 POUR LE COURTIER, 1 POUR UGIP)

UGIP Association Loi 1901 - Déclaration Préfecture de PARIS N°74-1389 - Services administratifs Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS - UGIP C.I.

N°7352_DA_REF_01_VN*202307)

(page-4)