



GESTION : \_\_\_\_\_

Conseiller : \_\_\_\_\_

Agence : \_\_\_\_\_

Code courtier N° 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Nom et Prénom ou Raison Sociale (si entité morale) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville actuelle : \_\_\_\_\_

**2 - 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 **3 - ADRESSE DE CORRESPONDANCE**

Adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville actuelle : \_\_\_\_\_

Adresse future : \_\_\_\_\_

À compter du : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville future : \_\_\_\_\_

(1) Une Copie de la carte nationale d'identité (C.N.I.) ou du passeport sera obligatoirement fourni avec cette demande d'adhésion par : l'assuré et le(s) bénéficiaire(s) si ceux-ci sont des personnes physiques.

(2) Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui exerce ou a exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou encore, une haute fonction pour le compte d'une institution internationale publique :

- Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission Européenne.
- Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen.
- Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours.
- Membre d'une cour des comptes.
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale.
- Ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière.
- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée.
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique.
- Dirigeant d'une institution internationale publique créée par un traité

(3) Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE :

- Le conjoint ou le concubin notoire.
- Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.
- En ligne directe, les ascendants, descendants et alliés, au premier degré, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.

(4) Sont considérées comme des personnes connues pour être étroitement associées à une PPE :

- Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec cette PPE.
- Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec cette PPE.



#### 4 - OPTIONS ET GARANTIES SOUHAITÉES

**OPTION 1** = Décès + P.T.I.A.

**OPTION 4** = OPTION 1 + I.T.T. / I.P.T. Franchise Relative 60 Jours

**OPTION 2** = OPTION 1 + I.T.T. / I.P.T. Franchise Absolue 90 Jours

**OPTION 5** = OPTION 1 + I.T.T. / I.P.T. Franchise Absolue 30 Jours

**OPTION 3** = OPTION 1 + I.T.T. / I.P.T. Franchise Absolue 180 Jours

**OPTION I.P.P.** (Invalidité Permanente Partielle)

**OPTION UGIP RACHAT**

#### 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 Décès-PTIA / Incap-Inval	Option choisie
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	Mois	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	Mois	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	Mois	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	Mois	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <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.

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 :                      Aucun

SOUSCRIT PAR L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE - UGIP - Siège social : 2, rue Turgot 75009 PARIS Association Loi 1901 Déclaration Préfecture de PARIS N°74-1389 Services administratifs : Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS. Auprès de AXA France Vie, S.A. au capital de 487 725 073 € immatriculée sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre et AXA France IARD, S.A. au capital de 214 799 030 € immatriculée sous le numéro 722 057 460 RCS Nanterre - Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex - Entreprises régies par le Code des assurances et sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.



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 - DA\_0139FACL &FICL V3\_AXA  
\_N°V20190516

## 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 vaporette 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° 4057 auprès de AXA. 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°4057, 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 accepter les termes et rester en possession de ladite notice d'information. Je reconnais être informé(e) que mes données personnelles contenues dans le présent document sont obligatoires pour le traitement de ma demande d'adhésion et consens au traitement de mes données à caractère personnel, y compris pour mes données de santé. Ces données font l'objet de traitements informatiques pour l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou prestations par l'Assureur et le Souscripteur, à concurrence de leurs obligations légales et contractuelles ainsi que dans leur relation avec l'assuré. Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales. Je déclare être informé(e) que l'Assureur, responsable du traitement de mon dossier, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier. Je suis informé(e) que conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vous pourrez exercer un ou plusieurs de ces droits auprès du Responsable du traitement à l'adresse suivante : UGIP ASSURANCES, Adresse : 73-75 rue Brillat Savarin, 75013 PARIS qui se chargera le cas échéant de transmettre. Je suis informé(e) que l'Assureur AXA peut utiliser mes informations à des fins commerciales, pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance et je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre.  J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales me concernant, aux seules fins du traitement de mon dossier.

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](http://www.orias.fr)) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential 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 IMPÉRATIVEMENT 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**

**Païement :**  Récurrent  Unique

**N°IBAN :**

F R \_\_\_\_\_

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.orias.fr](http://www.orias.fr)) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential 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 - DA\_0139FACL & FICL V3\_AXA\_N°V20190516

(page-3)