

**Zone réservée à l'apporteur**

Code : _____
Nom : _____

Agence : _____

**DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT GROUPE
À ADHÉSION FACULTATIVE EMPRUNTEUR UGIP
CRÉDIT+ N°V1206.004**

Souscrit par UGIP Siège social : 2, rue Turgot 75009 PARIS Association Loi 1901 Déclaration Préfecture de PARIS N° 74-1389 Services administratifs : 73-75 Rue Brillat Savarin 75013 PARIS, auprès de Swiss Life Assurance et Patrimoine : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret Entreprise régie par le Code des Assurances pour les contrats souscrits ou exécutés en France Immatriculé au RCS Nanterre 341 785 632 S.A. au capital de 169 036 086,38 €.

GESTION : _____

1 - IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ (1)

Emprunteur Cautions Sexe : M F Nom : _____ Nom de naissance : _____
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 : _____

Adresse de correspondance actuelle :

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse Future : _____ A compter du : ____ / ____ / ____

Code postal : _____ Ville : _____

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

- Nombre de Km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) : - de 15 000 km/an + de 15 000 km/an
- Exercez-vous une activité de travaux manuels ou de manutention régulière dans votre travail ? OUI NON
- Lors de votre activité professionnelle effectuez-vous des manipulations / manutentions lourdes ou utilisez-vous des produits dangereux ? OUI NON
- Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 3 mètres de hauteur ? OUI NON
- Pratiquez-vous seul en tant qu'amateur, non encadré par du personnel qualifié, un sport à risque précisé au paragraphe «Risques exclus» de la notice d'information ? OUI NON Si oui merci de préciser : _____

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

Personne morale : _____ Représentant Personne Morale : _____

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

Nom de naissance : _____ Commune de naissance : _____

Code postal de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Adresse Actuelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

(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.



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

DAUGC+SWL_V2012020 - V1206-004

(page-1)

3 - OPTIONS ET GARANTIES SOUHAITÉES

FORMULE 1 Décès + P.T.I.A. ou Décès seul si + de 65 ans

FORMULE 2 FORMULE 1 + I.T.T. / I.T.P. / I.P.T.

FORMULE 3 FORMULE 1 + I.T.T. / I.T.P. / I.P.T. / I.P.P.

Franchises Absolues :

30 jours 60 jours 90 jours 120 jours 180 jours

I.P.T. Rente I.P.T. Capital

(1) OPTION UGIP PLUS

(1) OPTION UGIP RACHAT

P.T.I.A = Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ; **I.T.T** = Incapacité Temporaire Totale ; **I.T.P** : Incapacité Temporaire Partielle ;

I.P.T = Invalidité Permanente Totale ; **I.P.P** = Invalidité Permanente Partielle

(1) OPTION UGIP RACHAT= permet de compléter les garanties **ITT/ ITP et IPT/IPP**. Lorsqu'elle est souscrite, l'assuré bénéficie de la prise en charge, sans condition d'hospitalisation, des affections psychiatriques.

OPTION UGIP PLUS= permet le prolongement des garanties **ITT/ ITP et IPT/IPP** de la veille du 67ème anniversaire de l'assuré à **la veille du 70ème anniversaire de l'Assuré**.

4 - CARACTERISTIQUE(S) DE(S) EMPRUNT(S)

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. Pour les prêts déjà en cours à la date mentionnée ci-dessus.

En cas de vente à distance, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus qui court à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu, en l'absence de demande expresse de l'adhérent pour une prise d'effet anticipée des garanties.

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

Type de projet : Nouveau projet Reprise Loi Hamon Reprise « Loi Bourquin » Reprise « Loi Lemoine »

Autres : _____

Nature du Prêt (5)	Taux H.A. en %	Durée totale (mois) Durée restante pour les reprises «Bourquin»	Dont - mois de différé P = Partiel T = Total	Montant du prêt Capital restant dû, dans le cadre des reprises «Bourquin»	Type de prêt (6)	QUOTITÉ Décès-PTIA / Incap-Inval	FORMULE CHOISIE
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	_____ %	_____ Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T _____ Mois	_____ €	_____	- / -	_____
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	_____ %	_____ Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T _____ Mois	_____ €	_____	- / -	_____
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	_____ %	_____ Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T _____ Mois	_____ €	_____	- / -	_____
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	_____ %	_____ Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T _____ Mois	_____ €	_____	- / -	_____
A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	_____ %	_____ Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T _____ 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 = F : Prêt Fixe M : Prêt Modulable +/- 5 ans maxi V : Prêt à taux Variable +/- 5ans C : Crédit Bail

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



5 - BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT

Nom ou Raison Sociale de l'organisme prêteur : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

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

BÉNÉFICIAIRE DE 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

6 - DÉCLARATION NON-FUMEUR / FUMEUR (à cocher impérativement)

Je ne suis pas fumeur : je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigarettes électroniques, cigares ou pipes 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

7 - MODALITÉS D'ADHÉSION

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

Périodicité des cotisations d'assurance : Annuelle Semestrielle Trimestrielle *Mensuelle
(*Uniquement prélèvement automatique)

Par échéance : 2 € (frais de fractionnement par échéance)

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 _____ €

Première échéance _____ €

 **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 :

Paiement : Récurrent Unique

POUR LE COMPTE DE :

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

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.oriass.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.

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) : UGIP*

Le : _____

SIGNATURE :

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) : FR61UGI627957



8 - DÉCLARATION DE LA PERSONNE A ASSURER ET DE L'ADHÉRENT (le cas échéant)

Je soussigné(e) demande à adhérer à l'UNION GENERALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP - Association Loi 1901 – Déclaration Préfecture de PARIS N° 74-1389 simultanément au contrat groupe à adhésion facultative N° V1206.0004 souscrit par UGIP auprès de Swiss Life Assurance et Patrimoine.

Je verse ce jour la cotisation à l'UGIP et déclare avoir reçu copie des statuts de celle-ci ainsi qu'un exemplaire des conditions générales valant Notice d'information, l'ensemble formant un tout indissociable.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur, et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.

Je suis informé(e) qu'en signant ce document, je consens au traitement de mes données de santé par l'assureur pour les stricts besoins liés à l'exécution de mon contrat. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 30 jours, selon les modalités prévues dans la notice d'information.

Fait à : _____

Le : ___ / ___ / _____

POUR L'ASSURÉ

Signature de la main de l'assuré précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » ou Si l'assuré est différent de l'adhérent, signature de l'assuré(e) précédée, de « bon pour autorisation à l'assurance»

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

(Si différent de la personne à assurer)

La décision favorable de l'assureur est valable 6 mois(*12 mois dans le cadre d'une reprise Bourquin), elle vous sera communiquée par l'envoi d'une proposition d'assurance et/ou du certificat d'adhésion

Les données facultatives de ce document sont signalées. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données collectées par le biais de ce document sont traitées par UGIP ainsi que par SWISS LIFE en leurs qualités de responsable conjoints de traitement, à des fins de passation, gestion et exécution du contrat d'assurance auquel vous souscrivez, et de respect de leurs obligations légales. Afin que les responsables de traitement conjoints puissent développer leurs activités et vous proposer de nouveaux produits et offres, ces données peuvent également être traitées à des fins de prospections commerciales. Afin que les responsables de traitement conjoints puissent garantir la pérennité de leurs activités et favoriser l'équité entre assurés, ces données peuvent également être traitées à des fins de lutte contre la fraude.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime. Vous pouvez exercer ce droit d'opposition à tout moment, et de manière absolue, sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par SMS et/ou mail des offres commerciales de la part des responsables conjoints de traitement pour leurs services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, vous pouvez vous adresser à : SWISS LIFE- DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr. Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil.

Vous avez également la possibilité de vous adresser à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à www.cnil.fr.

Pour obtenir plus d'informations relatives au traitement de vos données à caractère personnel, veuillez-vous référer aux Conditions Générales de votre contrat d'assurance.

