



Zone réservée à l'apporteur

Code : _____

Nom : _____

Agence : _____

DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT GROUPE À ADHÉSION FACULTATIVE EMPRUNTEUR UGIP PREMIUM N°CE/20 015

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 Brillât Savarin 75013 PARIS, auprès de Prepara-Vie. Entreprise régie par le Code des Assurances - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance - au capital de 182 183 792 euros - Siège social : Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy, 33 Place Ronde CS 90241 - 92981 Paris La défense cedex.

GESTION : _____

1 - IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ (1)

Emprunteur Caution 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 un 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 20 000 km/an + de 20 000 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.

3 - OPTIONS ET GARANTIES SOUHAITÉES

- FORMULE 1** Décès + P.T.I.A. ou Décès seul si + de 67 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.
- FORMULE 4** FORMULE 1 + I.T.T. / I.T.P. / I.P.T. / I.P.M.
- FORMULE 5** FORMULE 1 + I.T.T. / I.T.P. / I.P.T. / I.P.M. / I.P.P.

Franchises Absolues :

60 jours 90 jours 180 jours

I.P.T. :

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

(1) OPTION UGIP PLUS

(1) OPTION MNO

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 ; **I.P.M** = Invalidité Profession Médicale

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

OPTION UGIP PLUS = permet le prolongement des garanties **ITT/ ITP, IPT/IPP et IPM** du 31/12 de l'année suivant le 67ème anniversaire de l'assuré au **31/12 de l'année suivant le 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 **personne physique** 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

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"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	_____ %	_____ Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T _____ Mois	_____ €	_____	- / -	_____
A. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	_____ %	_____ Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T _____ Mois	_____ €	_____	- / -	_____
A. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	_____ %	_____ Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T _____ Mois	_____ €	_____	- / -	_____
A. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/> P.A.P. <input type="checkbox"/>	_____ %	_____ Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T _____ Mois	_____ €	_____	- / -	_____
A. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>	I.F. <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

Encours déjà assurés auprès de PREPAR-VIE

(Tous prêts et tous contrats d'assurance de financement auprès de l'Assureur et tous réseaux distributeurs confondus) : €

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, cigares, pipes ou vaporette au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer. **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

Prime Constante Variable

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 déclare être pleinement informé que PREPAR-VIE, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, PREPAR-VIE met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières prononcées au titre des articles L.562-1 et suivants du code monétaire et financier.

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

- **certifie** exactes et sincères les réponses apportées à la présente demande d'adhésion et au questionnaire de santé **le cas échéant**, qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'Assureur et que la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux articles L113-8, L113-9 ou L132-26 du Code des assurances dont les textes sont reproduits dans la notice d'information.

- **déclare** avoir été informé(e) de la possibilité d'envoyer la demande d'adhésion et le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, UGIP Service Médical, 73-75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS .

- **déclare** avoir pris connaissance de la convention AERAS (www.aeras.fr) et du document d'information AERAS relatif au droit à l'oubli dont j'ai reçu un exemplaire.

- **déclare** avoir été informé(e) que l'organisme prêteur est le bénéficiaire acceptant des prestations garanties, à concurrence des sommes qui lui sont dues. Il est convenu qu'aucune modification de l'adhésion ne pourra avoir lieu sans le consentement de l'organisme prêteur. Celui-ci sera informé en cas de non-paiement éventuel des cotisations.

- **déclare**, lorsque l'assuré est également l'adhérent, être à jour de mes cotisations d'assurance de prêt, dans le cas d'une substitution d'assurance. Lorsque l'adhérent est différent de l'assuré, l'adhérent déclare être à jour de ses cotisations d'assurance de prêt, dans le cas d'une substitution d'assurance.

L'(Les) Assuré(s) demande(nt) à adhérer à UGIP et simultanément au contrat groupe à adhésion facultative UGIP PREMIUM N°CE/20 015 auprès de PREPAR-VIE. Il(s) verse(nt) à

ce jour la cotisation à UGIP Assurances et lui donne 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 **N°CE_20_015_NV102022** du contrat UGIP PREMIUM N°CE/20 015, 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.

L'assuré(e) et le cas échéant l'adhérent certifié(nt) être informé(e)s que : toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations. Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i), (v), (vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii),(iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mel (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou l'Assureur par courrier (PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR IARD Immeuble Le Village 1 Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES. Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet www.prepar-vie.fr.

J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales me concernant, aux seules fins du traitement de mon dossier.

J'accepte les Conditions Générales du site et la Politique de données personnelles.

Fait à : _____

Le* : ___ / ___ / _____

***La date vaut également date de remise du/des document(s) susvisé(s)**

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*, elle vous sera communiquée par l'envoi d'une proposition d'assurance et/ou du certificat d'adhésion

9 - VENTE A DISTANCE

En cas de Vente A Distance, les garanties ne prennent normalement effet qu'à l'issue 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. Sur demande expresse de l'adhérent, la date d'effet des garanties peut être anticipée.

Date de conclusion à distance :

Pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée dans cette demande d'adhésion est antérieure à la date d'expiration du dit délai de renonciation, l'adhérent **personne physique** reconnaît l'avoir expressément demandé et avoir été informé qu'il conserve cependant la faculté de renoncer jusqu'à l'expiration du délai ci-dessus mentionné.

Cette renonciation peut être faite par retour du bordereau ci-dessous complété et signé et envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Je soussigné(e) : M Mme

Nom _____

Prénom _____

demeurant _____

déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance EMPRUNTEUR CE/20 015, conclue sous la référence n° _____.

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / _____