

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 : 73-75 Rue Brillat Savarin 75013 PARIS. **Auprès de MNCAP** - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 398 351, dont le siège social est situé 5 rue Dosne 75116 PARIS. La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

Conseiller :
 Agence :
 Code courtier n° :
 N°ORIAS de l'intermédiaire :

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 :
 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 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 ?
 class="mr-2"> Oui Non
 Si oui, merci de préciser :

2 - Identification du souscripteur 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 une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou encore, une haute fonction pour le compte d'une institution internationale publique :
 o Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission Européenne.
 o Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen
 o 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.
 o Membre d'une cour des comptes.
 o Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale.
 o Ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière.
 o Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée.
 o Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique.
 o Dirigeant d'une institution internationale publiques créée par un traité.
 (3) Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE :
 o Le conjoint ou le concubin notoire.
 o Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.
 o 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 un 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 :
 o Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec cette PPE.
 o Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec 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.

Franchises absolues
 30 jours 60 jours 90 jours 120 jours 180 jours
I.P.T. :
 I.P.T. Rente I.P.T. Capital

⁽¹⁾OPTION UGIP SPORT

⁽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;

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

OPTION UGIP SPORT = Tout ou partie des exclusions sportives précisées dans les conditions générales peut faire l'objet d'un rachat d'exclusion lors de l'adhésion au contrat.

4 – Caractéristique(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 physiques** pour une prise d'effet anticipée des garanties.

Objet du ou des prêts :

Type de projet : Nouveau projet Reprise

Autres :

QUESTIONS	TAUX HORS ASSURANCE EN %	DUREE TOTALE (MOIS) <small>DURÉE RESTANTE POUR LES REPRISES «LEMOINE»</small>	DONT – MOIS DE DIFFERE		MONTANT DU PRÊT <small>CAPITAL RESTANT DÙ DANS LE CADRE DES REPRISES «LEMOINE»</small>	TYPE DE PRÊT (6)	QUOTITE DECES-PTIA / INCAP-INVAL	FORMULE CHOISIE
			<small>P = PARTIEL</small>	<small>T = TOTAL</small>				
<input type="checkbox"/> A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P.	.....%	.....Mois	<input type="checkbox"/> P.....Mois	<input type="checkbox"/> T.....Mois	.....€	.....	- / -	.....
<input type="checkbox"/> A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P.	.....%	.....Mois	<input type="checkbox"/> P.....Mois	<input type="checkbox"/> T.....Mois	.....€	.....	- / -	.....
<input type="checkbox"/> A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P.	.....%	.....Mois	<input type="checkbox"/> P.....Mois	<input type="checkbox"/> T.....Mois	.....€	.....	- / -	.....
<input type="checkbox"/> A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P.	.....%	.....Mois	<input type="checkbox"/> P.....Mois	<input type="checkbox"/> T.....Mois	.....€	.....	- / -	.....
<input type="checkbox"/> A. <input type="checkbox"/> I.F. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> P.A.P.	.....%	.....Mois	<input type="checkbox"/> P.....Mois	<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 +/- 5 ans – C = Crédit Bail

En cours déjà assurés auprès de MNCAP

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

POUR LES PRÊTS A PALIERS	PRÊT 1		PRÊT 2		PRÊT 3		PRÊT 4		PRÊT 5	
	MONTANT DES PALIERS	DUREE DES PALIERS	MONTANT DES PALIERS	DUREE DES PALIERS	MONTANT DES PALIERS	DUREE DES PALIERS	MONTANT DES PALIERS	DUREE DES PALIERS	MONTANT DES PALIERS	DUREE 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

BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT

Nom ou Raison Sociale de l'organisme prêteur :

Adresse actuelle :

Code postal : Ville :

SI L'OBJET DE LA COUVERTURE EST UNE PRÉVOYANCE ADOSSEE A UN PRET VEUILLEZ COMPLETER 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, répartition entre les bénéficiaires) :

Si le prêteur est désigné en tant que bénéficiaire, précisez la part attribuée (La quotité assurée au bénéfice du Prêteur additionnée à celle assurée ne doit pas dépasser 100% du montant du capital emprunté).

.....
.....
.....

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 sur 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 L.221-14 du code de la mutualité.**

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. Il inclut 2 € de frais d'adhésion à la MNCAP.

Périodicité des cotisations d'assurance : Mensuelle* Trimestrielle Semestrielle Annuelle

(*Uniquement prélèvement automatique)

Frais d'échéance : 2,00 €

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 : €

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, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE :

.....
.....

Paiement : 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.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.



POUR LE COMPTE DE
UGIP Assurances
73-75, Rue Brillat-Savarin
75013 PARIS

Le :

SIGNATURE :

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) : UGIP*

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) : FR 61 UGI 627957



8 – Déclaration de la personne à assurer et de l'adhérent (le cas échéant)

Je déclare être pleinement informé que MNCAP et son délégataire sont soumis 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, MNCAP et son délégataire mettent en œuvre 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 L.221-14, L.211-15 et L.223-25 du code de la mutualité 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 ;

- **déclare** avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle consultables sur le site internet : www.mncap.fr

- **déclare** avoir été informé de son obligation d'informer la Mutuelle de tout changement sur sa situation professionnelle ou personnelle ou son état de santé survenant avant la prise d'effet des garanties ;

- **déclare** avoir été informé que les réponses et informations fournies dans le présent document sont destinées à Mutuelle ou son (leurs) intermédiaire(s), au(x) réassureur(s) et à l'organisme prêteur ; qu'elles sont nécessaires pour la gestion du contrat d'assurance et que conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée « Informatique, Fichiers et Libertés », il dispose d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à Groupe MNCAP – Délégué à la Protection des Données – 5 rue Dosne 75116 Paris ou dpo@mncap.fr.

L'(Les) Assuré(s) demande(nt) à adhérer à l'association UGIP et simultanément au contrat groupe à adhésion facultative UGIP PRESTIGE auprès de MNCAP. 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 [Insérer référence NI] du contrat UGIP PRESTIGE, 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.

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 à distance

En cas de vente à 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 UGIP PRESTIGE, conclue sous la référence n°

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait à : Le* : ___ / ___ / _____

