

Cardif Garantie Emprunteur

DEMANDE D'ADHÉSION



Votre assurance de prêt

Votre dossier d'adhésion : les étapes à suivre

- Si vous désirez obtenir des informations ou bénéficier des conditions d'accès à l'assurance prévues par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), vous êtes invité à vous rapprocher de votre intermédiaire en assurance. Vous pouvez également obtenir des informations sur le site internet www.aeras-infos.fr
- Avec l'aide de votre intermédiaire en assurance, complétez et signez la fiche conseil.
- Complétez et signez votre Demande d'adhésion.
- Complétez et signez l'Autorisation de prélèvements. N'oubliez pas de joindre l'original du Relevé d'Identité Bancaire.
- Consultez Page 15 la grille de Formalités Médicales qui définit les formalités à réaliser selon l'âge des Assurés et le montant assuré :
 - Si vous souhaitez bénéficier de la tarification non-fumeur, complétez et signez la Déclaration Spéciale Non-Fumeur.
 - Formalité 1 : complétez et signez la Déclaration d'état de santé, le cas échéant le questionnaire de santé.
 - Formalités 2 à 11 : pour effectuer vos formalités médicales, adressez-vous à un centre médical agréé, ou au médecin et/ou au laboratoire de votre choix.
- Si vous pratiquez une ou plusieurs activités particulières figurant parmi les exclusions du contrat, vous pouvez demander à être assuré pour certaines d'entre elles, grâce à la demande de prise en charge d'activités.
Vous devez compléter le document "Prise en charge d'activités exclues par la Notice" et joindre le document spécifique à l'activité concernée, que vous obtiendrez sur simple demande auprès de votre intermédiaire en assurance.
- Si vous demandez à être couvert dans le cadre d'une "Enveloppe d'Assurance", pour vos emprunts professionnels, vous devez le préciser dans la Demande d'Adhésion et, le cas échéant, remplir le document "Enveloppe d'Assurance" disponible auprès de votre intermédiaire en assurance.

Catégories socio-professionnelles (activité professionnelle rémunérée)

Catégorie n° 1	- Professions libérales et cadres sédentaires ou ayant des déplacements professionnels à titre occasionnel. - sans emploi
Catégorie n° 2	Professions libérales et cadres ayant des déplacements professionnels fréquents ⁽¹⁾ . Salariés non cadres, enseignants, commerçants et artisans exerçant une activité sédentaire ne comportant pas de travail manuel ou un travail manuel occasionnel peu important et non dangereux.
Catégorie n° 3	Salariés non cadres, commerçants et artisans exerçant une activité comportant des déplacements professionnels fréquents ⁽¹⁾ et/ou un travail manuel important avec utilisation d'outillages et/ou manipulations dangereuses.
Catégorie n° 4	Feront l'objet d'une étude préalable, les professions présentant des risques tels que : <ul style="list-style-type: none">- manipulation d'explosifs ou de substances toxiques,- transport d'explosifs ou de matières dangereuses,- port ou manipulation d'armes,- travail à hauteur supérieure à 20 mètres,- travail souterrain,- travail sur site dangereux,- démolition,- plongée,- risques artistiques,- risques politiques,- risques liés à des missions humanitaires,- risques liés aux animaux sauvages, ainsi que les métiers de l'armée, de l'aviation, du pétrole-gaz on-shore, du nucléaire, les chauffeurs routiers, les guides de haute montagne, les mineurs et les sportifs professionnels.

(1) déplacements professionnels fréquents : plus de 20000 km par an à titre professionnel en véhicule terrestre à moteur (hors déplacements en train)



Choisissez les garanties dont vous avez besoin

FORMULE 1 : GARANTIES DE BASE

AVEC OPTION DÉCÈS SEUL

Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

L'Assureur rembourse le montant du capital restant dû ou la somme des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien ⁽¹⁾.

FORMULE 2 : FORMULE 1 + INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) ET INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

AVEC OPTION SANS ITT

Cette formule ne peut être choisie qu'en cas d'activité professionnelle rémunérée.

- Pour les garanties décès et PTIA: l'Assureur rembourse le montant du capital restant dû ou la somme des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien ⁽¹⁾.
- Pour la garantie ITT: l'Assureur prend en charge les échéances de prêt / loyers ⁽¹⁾, dès la fin du délai de franchise choisi dans la Demande d'adhésion (30, 60 ou 90 jours).
- Pour la garantie IPT: vous pouvez choisir soit un remboursement du capital restant dû ou de la somme des loyers restants dus, soit une prise en charge immédiate des échéances de prêts / loyers ⁽¹⁾.

FORMULE 3 : FORMULE 2 + INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Cette formule ne peut être choisie qu'en cas d'activité professionnelle rémunérée.

- Pour les garanties décès et PTIA: l'Assureur rembourse le montant du capital restant dû ou la somme des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien ⁽¹⁾.
- Pour la garantie ITT: l'Assureur prend en charge les échéances de prêt / loyers ⁽¹⁾, dès la fin du délai de franchise choisi dans la Demande d'adhésion (30, 60 ou 90 jours).
- Pour la garantie IPT: vous pouvez choisir soit un remboursement du capital restant dû ou de la somme des loyers restants dus, soit une prise en charge immédiate des échéances de prêts / loyers ⁽¹⁾.
- Pour la garantie IPP: l'assureur prend en charge un pourcentage des échéances de prêt / loyers, correspondant au taux d'invalidité ⁽¹⁾.

FORMULE 4 : RÉSERVÉE AUX PHARMACIENS : FORMULE 1 + INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE (IP)

L'Assureur rembourse le montant du capital restant dû ou la somme des loyers restants dus ⁽¹⁾.

IMPORTANT :

Si vous êtes reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Partielle, les cotisations sont prises en charge par l'Assureur ⁽¹⁾.

ASSUREZ A VOS PROCHES UNE PROTECTION FINANCIERE AVEC LES OPTIONS EN CAS DE DECES

- Avec l'**option Capital supplémentaire en cas de décès accidentel**, vous faites bénéficier à vos proches d'un capital supplémentaire qui leur permet de conserver leur niveau de vie et de faire face aux éventuels droits de succession si vous décédez accidentellement. Vous choisissez sur votre Demande d'adhésion le montant de capital supplémentaire qui leur sera versé.
Par exemple, vous pouvez garantir à vos proches un capital de 100000 euros pour seulement 14,17 euros par mois ou 170 euros par an.
- Avec l'**option Prévoyance** ⁽²⁾ en cas de décès, vous offrez une protection complémentaire aux bénéficiaires désignés sur la Demande d'adhésion. Vous choisissez un montant de capital garanti égal à la différence entre 100 % et la quotité assurée au titre du financement lorsque cette quotité est inférieure à 100 %. Vous optimisez ainsi votre couverture en protégeant non seulement votre patrimoine mais aussi vos héritiers.

Votre intermédiaire en assurance est à votre disposition pour vous guider et vous conseiller dans le choix de ces options.

(1) dans les limites contractuelles.

(2) Option réservée aux adhérents personnes physiques coemprunteurs et coassurés.

Frais de dossier

Les frais de dossier, d'un montant de 20 € par Demande d'adhésion, seront prélevés en même temps que la première cotisation.

Formalités financières

Pour les capitaux assurés à partir de 1 500 001 euros, les questionnaires financiers spécifiques sont à remplir.

Vous les obtiendrez sur simple demande auprès de votre intermédiaire en assurance.

L'Assureur peut, toutefois, être amené à demander des informations financières pour des capitaux moins élevés.

Information relative à l'intermédiaire en assurance

Le contrat Cardif Garantie Emprunteur est distribué par des intermédiaires en assurance, dont l'activité est réglementée par les articles L. 511-1 et suivants du Code des assurances.

Les intermédiaires en assurance doivent être immatriculés au registre des intermédiaires en assurance, tenu par l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS), dont le siège social est situé : **1, rue Jules-Lefebvre - 75009 Paris**. Ce registre est librement accessible au public sur le site www.oriass.fr.

L'Adhérent peut s'adresser à son intermédiaire en assurance en cas de contestation relative à son activité d'intermédiation en assurance.

Conformément à l'article L. 310-12 du Code des assurances, l'intermédiaire en assurance est soumis, de par sa qualité, au contrôle de l'**Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM)**, située **61, rue Taitbout - 75009 Paris**.

Cardif Garantie Emprunteur

Demande d'adhésion

Convention d'assurance collective n° 2214 à adhésion facultative souscrite par l'Union Française d'Épargne et de Prévoyance (UFEP) auprès de CARDIF Assurance Vie

L'Adhérent demande à adhérer à :

- l'Association UFEP (Union Française d'Épargne et de Prévoyance). La qualité de membre adhérent à l'UFEP s'acquiert par le versement d'un droit unique d'admission sans droit de reprise de 1 € offert par CARDIF Assurance Vie,
- la Convention d'assurance collective n° 2214 CARDIF GARANTIE EMPRUNTEUR à adhésion facultative, souscrite par l'UFEP auprès de CARDIF Assurance Vie, conformément aux conditions d'admission. Des frais de dossier de 20 € par Demande d'adhésion seront prélevés en même temps que la première cotisation.

UFEP - Association régie par loi du 1^{er} juillet 1901
Siège social : 10, rue Louis Blériot - 92500 Rueil-Malmaison
CARDIF Assurance Vie - Entreprise régie par le Code des assurances
S.A. au capital de 594 854 992 € - 732 028 154 RCS Paris
Siège social : 1, boulevard Haussmann - TSA 93000 - 75318 Paris cedex 09 -
Bureaux : 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex
Autorité de Contrôle : Autorité de Contrôle des Assurances
et des Mutuelles - 61, rue Tailbout - 75009 Paris

À renseigner uniquement dans la situation concernée.

Demande de devis d'assurance dans le cadre de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

Demande de couverture dans le cadre de l'Enveloppe d'Assurance
(pour plus de détails, veuillez vous reporter aux modalités décrites dans le document « Enveloppe d'Assurance »)

Cadre réservé à l'intermédiaire en assurance

Numéro Finagora
Numéro d'apporteur 55882
E-mail

CACHET COMMERCIAL DE L'INTERMÉDIAIRE EN ASSURANCE

MAGNOLIA WEB ASSURANCES
108 Avenue de Bretagne
Immeuble Le ROLLON
76100 ROUEN

Série B

Personne(s) à assurer

Adhérent / 1^{er} Assuré (écrire en lettres capitales) M. Mme Melle

Nom Prénom
Date de naissance Lieu Dpt ou Pays Nationalité
Profession exacte Catégorie socio-professionnelle⁽¹⁾ N° 1 N° 2 N° 3 N° 4
sans activité professionnelle, cochez la case n°1 ci-dessus

Etes-vous fumeur ? Oui Non, dans ce cas l'Assuré s'engage à compléter la Déclaration Spéciale Non-Fumeur.

⁽¹⁾ A remplir par les Assurés qui choisissent les Formules 2, 3 ou 4 : veuillez vous reporter au tableau des catégories socio-professionnelles en page 2 du Dossier d'adhésion.

Vos coordonnées actuelles

Adresse
Code Postal Ville Pays
Téléphone domicile Téléphone mobile E-mail

Vos coordonnées futures

à compter du

Adresse
Code Postal Ville Pays

2^{ème} Assuré (le cas échéant) M. Mme Melle

Si vos coordonnées sont différentes de celles du 1^{er} Assuré, merci de les indiquer sur une feuille séparée

Nom Prénom
Date de naissance Lieu Dpt ou Pays Nationalité
Profession exacte Catégorie socio-professionnelle⁽¹⁾ N° 1 N° 2 N° 3 N° 4
sans activité professionnelle, cochez la case n°1 ci-dessus

Etes-vous fumeur ? Oui Non, dans ce cas l'Assuré s'engage à compléter la Déclaration Spéciale Non-Fumeur.

⁽¹⁾ A remplir par les Assurés qui choisissent les Formules 2, 3 ou 4 : veuillez vous reporter au tableau des catégories socio-professionnelles en page 2 du Dossier d'adhésion.

Entreprise adhérente

Dénomination sociale de l'entreprise N° Siren
Adresse Nom du correspondant dans l'entreprise
Code Postal Ville Pays

Assuré(s) : Dirigeant de l'entreprise adhérente Oui Non Caution du(des) prêt(s) / du(des) contrat(s) de crédit-bail Oui Non

Veuillez compléter le pavé «Personne(s) à assurer»



Bénéficiaire des garanties

Le bénéficiaire des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Professionnelle des pharmaciens et Incapacité Temporaire Totale de travail est chaque Organisme Prêteur/Crédit-bailleur dont les coordonnées figurent ci-après.

Dans le cadre de l'option **Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel de l'Assuré**, de l'Option **Prévoyance**, ou dans l'hypothèse où l'assuré choisit de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, le capital est versé : au conjoint de l'Assuré à la date du décès, à défaut au partenaire auquel il est lié par un PACS à la date du décès, à défaut à son concubin notoire à la date du décès, à défaut à ses enfants vivants ou, en cas de décès de l'un d'entre eux, ses représentants, à défaut à ses héritiers.

La possibilité de désigner un bénéficiaire distinct de l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur en cas de Décès, est réservée aux adhésions effectuées par une personne physique en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur dont le bénéficiaire est l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur et pour une quotité égale à la différence entre 100% et la quotité assurée sur l'autre contrat d'assurance emprunteur. Si l'Assuré le souhaite, il l'indique ci-contre par un «OUI» : _____ (la Formule 1 option Décès seul est obligatoire).

Caractéristiques du(des) financement(s)

	Financement 1	Financement 2	Financement 3	Financement 4	Financement 5
Montant du(des) financement(s)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
En cas de crédit-bail :					
Montant des loyers	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Montant de la valeur résiduelle	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Type <i>(amortissable, in fine, à palier, relais, crédit-bail...)</i>					
Objet <i>(immobilier, professionnel, ...)</i>					
Durée	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
Différé d'amortissement	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois	_____ mois
Taux nominal	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Quotité assurée <i>(≤ 100 % par Assuré)</i>					
Assuré 1	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Assuré 2	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Organisme Prêteur / Crédit-bailleur	Nom	Nom	Nom	Nom	Nom
Merci de préciser pour chaque organisme prêteur / crédit-bailleur					
	Adresse	Adresse	Adresse	Adresse	Adresse

Si la périodicité des remboursements des échéances des prêts ou des loyers (crédit-bail) n'est pas mensuelle, préciser (trimestrielle, semestrielle, annuelle) : _____



Caractéristiques de l'assurance

	Assuré 1	Assuré 2
Formule 1 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Option Décès seul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formule 2 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de travail Option sans Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formule 3 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formule 4 réservée aux pharmaciens : Garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Professionnelle des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous choisissez la Formule 2 ou 3 :

Assuré 1

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus**. Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint :

- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours**. Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :

30 jours 60 jours

Assuré 2

- en cas d'**Invalidité Permanente Totale**, l'Assureur rembourse à l'Organisme Prêteur/Crédit-bailleur **le capital restant dû ou les loyers restant dus**. Toutefois, vous pouvez opter pour le versement des échéances de prêt et/ou loyers en cochant la case ci-joint :

- la durée de la franchise en cas d'**Incapacité Temporaire Totale de travail** est de **90 jours**. Toutefois, vous pouvez opter pour une durée différente en cochant la case correspondante ci-dessous :

30 jours 60 jours

Périodicité des cotisations d'assurance :

Mensuelle

Trimestrielle

Annuelle

Date de prise d'effet souhaitée : / /

(il s'agit de la date de début de couverture qui déclenche le premier prélèvement)

Garanties optionnelles

Assuré 1

Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

50 000 € 100 000 € 150 000 € 200 000 € 300 000 €

Assuré 2

Option Capital supplémentaire en cas de Décès Accidentel

Montant du capital supplémentaire en cas de décès accidentel :

50 000 € 100 000 € 150 000 € 200 000 € 300 000 €

Option Prévoyance (réservée aux cas d'adhésion par deux assurés).

Signature

Si la Formule 2, 3 ou 4 réservée aux pharmaciens a été choisie, l'(les) Assuré(s) déclare(nt) sur l'honneur exercer une activité professionnelle rémunérée.

L'Adhérent et l'(les) Assuré(s) reconnaissent avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente Demande d'adhésion, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la Notice. **En outre, ils certifient que les renseignements fournis sur la présente Demande d'adhésion sont à leur connaissance exacts et prennent acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.** Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés de la Notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF Assurance Vie, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF Assurance Vie. L'Adhérent et l'Assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 855 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'Adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément à l'article 12 de la Notice.

Dispositions en cas vente à distance²⁾ : L'Adhérent et l'Assuré sont informés que les garanties prennent effet, pour chacun des prêts ou des contrats de crédit-bail, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus ou dès la date d'acceptation de l'offre de prêt / la date de conclusion du contrat de crédit-bail, si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

A _____

Le _____

Signature de l'Adhérent / 1^{er} Assuré

Cachet de l'entreprise adhérente et
signature de la personne habilitée pour l'entreprise

Signature du 2^{ème} Assuré

²⁾ **Vente à distance** : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.



Autorisation de prélèvements

Cardif Garantie Emprunteur

Pour permettre à Cardif de procéder aux prélèvements automatiques sur votre compte, veuillez remplir l'autorisation de prélèvements bancaires ci-dessous et la faire parvenir à Cardif dans les meilleurs délais, **accompagnée de l'original du Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)**.

N'oubliez pas de **dater** et de **signer** l'autorisation de prélèvements et de mentionner, dans les cases prévues à cet effet :

- votre nom et votre adresse,
- le nom et l'adresse de votre banque,
- les références de votre compte à débiter.

Dans le cas où l'Adhérent est une entreprise, le RIB et l'Autorisation de Prélèvements doivent être libellés à son nom.

Les informations contenues dans la présente autorisation seront utilisées par CARDIF Assurance Vie conformément aux dispositions de l'article « Informatique et Libertés » de la Notice.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec l'établissement émetteur.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

110086

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

NOM	
PRENOMS	
N°	RUE
C. POSTAL	VILLE

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT EMETTEUR

CARDIF 4, rue des Frères Caudron 92858 RUEIL MALMAISON Cedex

COMPTE A DEBITER

Etabli ^s	Code	Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

NOM		
N°	RUE	
C. POSTAL		VILLE

Date :

Signature du titulaire du compte ou du représentant habilité de l'entreprise et cachet de l'entreprise adhérente :





Cardif Garantie Emprunteur

DEMANDE D'ADHÉSION

CARDIF

UFEP

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

Siège social : 10, rue Louis Blériot - 92500 Rueil-Malmaison

Cardif Assurance Vie - Entreprise régie par le Code des assurances

S.A. au capital de 594 854 992 € - 732 028 154 RCS Paris

Siège social : 1, boulevard Haussmann- TSA 93000 - 75318 Paris Cedex 09

Bureaux : 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex - Tél. 01 41 42 83 00

Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75009 Paris

