

Demande d'adhésion

CONTRAT PREMIUM EMPRUNTEUR

CADRE RÉSERVÉ AU RÉSEAU COMMERCIAL

NOM / PRÉNOM

CODE DU POINT DE VENTE

10 17 10 13

CACHET COMMERCIAL

MAGNOLIA WEB ASSURANCES

108 rue de Bretagne

Immeuble Le Rollon Bt B - 76100 ROUEN

TEL 02 32 76 81 10 - TEL 08 20 82 09 80

Renseignements concernant la(les) personne(s) à assurer

1^{ÈRE} PERSONNE À ASSURER : M. Mme Mlle Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution Assuré

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom de jeune fille : _____ Département de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Pays : _____ Nationalité : _____ Profession : _____

CSP : n°1 n°2 n°3 n°4 Kilométrage professionnel annuel effectué par la route : - de 15000 kms + de 15000 kms

Êtes-vous fumeur : Oui Non, dans ce cas vous vous engagez à compléter la Déclaration Spéciale Non-Fumeur.

2^{ÈME} PERSONNE À ASSURER : M. Mme Mlle Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution Assuré

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom de jeune fille : _____ Département de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Pays : _____ Nationalité : _____ Profession : _____

CSP : n°1 n°2 n°3 n°4 Kilométrage professionnel annuel effectué par la route : - de 15000 kms + de 15000 kms

Êtes-vous fumeur : Oui Non, dans ce cas vous vous engagez à compléter la Déclaration Spéciale Non-Fumeur.

VOS COORDONNÉES ACTUELLES : (si l'adresse des personnes à assurer est différente, compléter une autre demande d'adhésion)

N° et voie : _____

Code postal : _____ Pays : _____

Tél. : _____ Tél. mobile : _____ E-mail : _____

VOS FUTURES COORDONNÉES : Date prévisionnelle déménagement : _____ mois : _____ année : _____

N° et voie : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

EMPRUNTEUR SI DIFFÉRENT DES ASSURÉS : SCI Entreprise Nom/Raison sociale : _____

Secteur d'activité : _____ N° et voie : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Caractéristiques des prêts à assurer

Prêt	Montant emprunté (en €) y compris les intérêts cumulés entre le 1 ^{er} et le dernier déblocage en cas de VEFA.	Type prêt* A, I, R, PP et "VEFA"	Durée du différé éventuel (mois)	Durée totale (dont différé) (mois)	Taux d'intérêt des prêts (en %)	Organisme(s) financier(s) Indiquer : Nom de l'organisme Adresse, Code postal, Ville
1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(* Prêt amortissable : A. Prêt relais : R et prêt in fine : I (les cotisations d'assurance sur ces prêts sont calculées sur le capital initial emprunté) Prêt personnel : PP et Vente en Etat Futur d'Achèvement : VEFA

Si la périodicité de remboursement des échéances de prêt n'est pas mensuelle, préciser (trimestrielle, semestrielle, annuelle) : _____

 JOINDRE VOS TABLEAUX D'AMORTISSEMENT OU OFFRES DE PRÊT CORRESPONDANTS.

Garanties souscrites

Date d'effet des garanties choisies : _____ / _____ / _____ Pour les VEFA Date du 1^{er} déblocage de fonds
 Date d'acceptation de l'offre de prêt

Personne à assurer	Quotité assurée ≤ à 100 % par personne (100 % par défaut)	OPTION 1 : DC/PTIA	OPTION 2 : DC/PTIA /ITT/IPT	OPTION 3 : DC/PTIA /ITT/IPT/IPP	OPTION 4 : réservée aux PHARMACIENS DC/PTIA/ Invalidité Prof.	PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT Périodicité de paiement des cotisations (1)
1 ^{ÈRE}	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
2 ^{ÈME}	_____	_____	_____	_____	_____	

Bénéficiaires des garanties : **organisme(s) financier(s) des prêts cités ci-dessus**

(1) M : Mensuelle, T : Trimestrielle, S : Semestrielle, A : Annuelle – En cas de fractionnement, la prime sera majorée de 2 € par prélèvement et par assuré, sauf paiement annuel.

COMPLÉTER L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT ET JOINDRE UN RIB, RICE OU RIP POUR CHAQUE COMPTE À PRÉLEVER.

Si vous avez des encours déjà assurés au titre du présent contrat, merci de préciser le montant :

1^{er} assuré _____ € 2^{ème} assuré _____ €

Options PLUS : Protection Famille, Protection Perte d'Emploi et Bénéficiaires croisés

Ces garanties sont complémentaires aux options décrites ci-dessus. La périodicité de paiement correspond à celle choisie ci-dessus.

OPTION 5 : PROTECTION FAMILLE : un capital supplémentaire pour vos proches en cas de décès accidentel (par exemple : pour 100 €/an, bénéficiez d'un capital supplémentaire de 100 000 €)

Personne à assurer	Protection Famille	Montant garanti (Min. 20 000 € - Max. 100 % du montant assuré dans la limite de 350 000 €)	Bénéficiaire
1 ^{ère} personne à assurer	_____	_____ €	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} personne à assurer <input type="checkbox"/> Clause standard*
2 ^{ème} personne à assurer	_____	_____ €	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} personne à assurer <input type="checkbox"/> Clause standard*

Coût : 1‰ du capital assuré. * La clause standard est décrite dans la notice d'information.

OPTION 6 : PROTECTION PERTE D'EMPLOI

Personne à assurer	Choix de la prestation : % d'échéance	Montant du capital emprunté	Bénéficiaire
1 ^{ère} personne à assurer	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 70 %	_____ €	Organisme financier des prêts cités ci-contre
2 ^{ème} personne à assurer	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 70 %	_____ €	

La personne à assurer demande à adhérer, moyennant des frais de dossier de 20 € (par personne à assurer), à l'UGIPS conformément aux conditions d'adhésion à la convention d'assurance collective n° 1229 Premium Emprunteur souscrite auprès de Direct Assurance Vie.

OPTION 7 : BÉNÉFICIAIRES CROISÉS

Personne à assurer	Montant emprunté	Couverture déjà souscrite		Couverture du différentiel		Bénéficiaire
		%	Assureur	%	Montant*	
1 ^{ère} personne à assurer	_____					<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} personne à assurer <input type="checkbox"/> Clause standard
2 ^{ème} personne à assurer	_____					<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} personne à assurer <input type="checkbox"/> Clause standard

Montant* = minimum 20.000 € et maximum 350.000 €

SIGNATURES

Je (Nous), soussigné(s) **déclare(ons) adhérer** à l'association UGIPS et demandons à adhérer simultanément au contrat PREMIUM EMPRUNTEUR n° 1229 souscrit auprès de Direct Assurance Vie et AVANSUR, responsables du traitement, **reconnais(sons)** avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la présente demande d'adhésion, de la notice d'information du contrat, qui précise notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation, en acceptant tous les termes et rester en possession de l'exemplaire qui nous est destiné. Je (Nous) **déclare(ons)** avoir pris connaissance de l'article L.113-8 du Code des assurances, dont un extrait est reproduit dans la notice d'information. Si la garantie IT a été choisie, je (nous) **déclare(ons) sur l'honneur** exercer une activité professionnelle rémunérée. Je (Nous) **déclare(ons)** être informé(s) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de ma (nos) demandes d'adhésion au contrat n° 1229 et que les assureurs, responsables du traitement du dossier, peuvent communiquer mes (nos) réponse(s) ainsi que les données me (nous) concernant qu'ils pourraient recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon (nos) dossier(s), à leurs mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon (nos) dossier(s). Je (Nous) certifions avoir reçu ce jour le dépliant relatif aux recommandations de la convention AERAS et en avoir pris connaissance.

Je, nous certifie(ions) être et rester en possession de mon (notre) dossier d'information et d'adhésion, qui contient notamment l'intégralité de la notice d'information du contrat.

Je (Nous) dispose(ons) d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients – PREMIUM EMPRUNTEUR dont l'adresse figure dans la notice d'information.

Fait à : Le : _____ / _____ / _____

Signature de la 1^{ère} personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

Signature de la 2^{ème} personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

