

# Cardif Garantie Emprunteur

DEMANDE D'ADHÉSION



# 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 la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 sur les associations et par des articles du Code des assurances

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

CARDIF Assurance Vie - Entreprise régie par le Code des assurances

S.A. au capital de 669 754 976 € - 732 028 154 RCS Paris

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

Bureaux : 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex

Autorité de Contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 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  
CS 80225  
108 AVENUE DE BRETAGNE  
76004 ROUEN CEDEX 1

Série A

### Personne(s) à assurer

Adhérent / 1<sup>er</sup> Assuré (écrire en lettres capitales)

M.

Mme

Mlle

Nom

Prénom

Date de naissance

Lieu

Dpt ou Pays

Nationalité

Profession exacte

Catégorie socio-professionnelle<sup>(1)</sup>  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.

<sup>(1)</sup> 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<sup>ème</sup> Assuré (le cas échéant)

M.

Mme

Mlle

Si vos coordonnées sont différentes de celles du 1<sup>er</sup> Assuré, merci de les indiquer sur une feuille séparée

Nom

Prénom

Date de naissance

Lieu

Dpt ou Pays

Nationalité

Profession exacte

Catégorie socio-professionnelle<sup>(1)</sup>  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.

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

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

La Convention AERAS prévoit la prise en charge de tout ou partie de la surprime médicale sous conditions. Dans ce cadre, merci de bien vouloir indiquer :

- si votre projet a pour but de financer votre résidence principale  oui  non
- si vous bénéficiez d'un financement à taux zero  oui  non



## Caractéristiques de l'assurance

	Assuré 1	Assuré 2
<b>Formule 1</b> : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Option Décès seul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Formule 2</b> : 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"/>
<b>Formule 3</b> : 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"/>
<b>Formule 4 réservée aux pharmaciens</b> : 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 préalablement à la Demande d'adhésion avoir été informé des dispositions de la convention AERAS, avoir reçu, pris connaissance, 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 Relation Clients France - SH 944 - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre 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 distance<sup>19</sup>** : 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<sup>er</sup> Assuré

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

Signature du 2<sup>ème</sup> Assuré

<sup>19</sup> 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

<b>CARDIF</b> 8, rue du Port 92728 Nanterre Cedex
---

#### COMPTE A DEBITER

Etablist <sup>t</sup>	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<sup>er</sup> juillet 1901 sur les associations  
et par des articles du Code des assurances  
Siège social : 10, rue Louis Blériot - 92500 Rueil-Malmaison

**CARDIF Assurance Vie** - Entreprise régie par le Code des assurances  
S.A. au capital de 669 754 976 € - 732 028 154 RCS Paris  
Siège social : 1, boulevard Haussmann - TSA 93000 - 75318 Paris Cedex 09  
Bureaux : 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex - Tél. : 01 41 42 83 00  
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75009 Paris