



**L'UNIVERS PRIVILÉGIÉ  
DES EMPRUNTEURS**

**Demande d'adhésion**

Tous les documents constituant votre adhésion doivent être transmis à l'adresse suivante :  
MULTI-IMPACT – GESTION PREMIUM EMPRUNTEUR II – Médecin Conseil – BP 283 – 51687 REIMS Cedex 2

## VOTRE DOSSIER D'ADHESION : les étapes à suivre

### Dans tous les cas, complétez et signez :

- votre demande d'adhésion,
- l'autorisation de prélèvement, sans oublier de joindre l'original de votre Relevé d'Identité Bancaire ou Postal.

### Et en fonction de votre dossier, complétez et signez :

- la déclaration spéciale « non fumeur », si vous demandez à bénéficier du tarif « non fumeur »,
- la déclaration d'état de santé ou le questionnaire de santé. Afin de faciliter l'étude de votre dossier, n'hésitez pas à joindre tous les documents médicaux vous concernant.
- le questionnaire spécifique en cas de risque de séjour, ou celui lié à une profession classée en CSP4 (voir ci-dessous) ou lié à la pratique d'un sport exclu dans la notice.

## VOS FORMALITES MEDICALES ET EVENTUELLEMENT FINANCIERES :

En fonction du total des capitaux à garantir :

- des formalités médicales peuvent vous être demandées ; pour les accomplir, reportez-vous :
    - soit au courrier qui vous est remis par votre conseiller,
    - soit à la lettre qui vous sera adressée par le Médecin Conseil du Service Premium Emprunteur II,
  - pour les capitaux supérieurs à 1 500 000 €, vous devez compléter un questionnaire financier spécifique. Vous l'obtiendrez sur simple demande auprès de votre conseiller.
- AXA France Vie peut toutefois, être amené à demander des informations financières pour des capitaux moins élevés.

## VOTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE REMUNEREE : voir les catégories socio-professionnelles ci-dessous

- **CSP 1** : cadres, professions libérales, non cadres du secteur tertiaire et enseignants, **sédentaires** ou ayant des déplacements professionnels à titre occasionnel (moins de 15 000 km par an à titre professionnel en véhicules terrestres à moteur, hors déplacement en train), sans profession.
- **CSP 2** : cadres, professions libérales, non cadres du secteur tertiaire et enseignants, ayant des **déplacements professionnels fréquents** (plus de 15 000 km par an à titre professionnel en véhicules terrestres à moteur, hors déplacements en train), personnel navigant sur des lignes régulières et travaillant pour des compagnies aériennes, hors liste noire, non cadres des secteurs primaire et secondaire, commerçants et artisans, exerçant une activité **sédentaire** ne comportant **pas de travail manuel** ou un travail manuel occasionnel peu important et **non dangereux**.
- **CSP 3** : non cadres des secteurs primaire et secondaire, commerçants et artisans, exerçant une activité comportant des **déplacements professionnels fréquents** et/ou un **travail manuel important avec utilisation d'outillage** et/ou **manipulation de marchandises dangereuses**.
- **CSP 4** : feront l'objet d'une étude préalable, les professions suivantes : militaire, gendarme, policier, pompier, artificier, cascadeur, charpentier, couvreur, démineur, démolisseur, guide de haute montagne, grutier, homme grenouille, scaphandrier, marin-pêcheur, pilote sur prototype, professionnel du cirque et manèges forains, sportif professionnel, travailleur sur plateforme de forage, zingueur, personnel navigant ne répondant pas aux conditions requises en CSP2.

## LES GARANTIES DONT VOUS AVEZ BESOIN : choisissez parmi les différentes options ci-dessous

- **OPTION 1 : GARANTIE DE BASE**
  - Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- **OPTION 2 : GARANTIE DE BASE + IPT + ITT**
  - Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
  - Invalidité Permanente et Totale (IPT), Incapacité Temporaire et Totale de Travail (ITT)
- **OPTION 3 : GARANTIE DE BASE + IPT + ITT + IPP**
  - Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
  - Invalidité Permanente et Totale (IPT), Incapacité Temporaire et Totale de Travail (ITT)
  - Invalidité Permanente et Partielle (IPP)
- **OPTION 4 : GARANTIE DE BASE + IP (option réservée aux PHARMACIENS)**
  - Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
  - Invalidité Professionnelle (IP)
- **OPTION 5 : GARANTIE PERTE D'EMPLOI**

Cette option est accessible uniquement si les options 2 ou 3 ont été choisies.
- **OPTION 6 : GARANTIE BENEFICIAIRES CROISES**
  - Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Cette option est accessible uniquement si l'une des options 1, 2 ou 3 a été souscrite.

Toutes ces options sont soumises à des règles prévues dans les dispositions de la notice d'information.

## VOS FRAIS DE DOSSIER

Les frais de dossier sont prélevés en même temps que la première cotisation et s'élèvent à 20 € par personne à assurer.

# Demande d'adhésion

## CONTRAT PREMIUM EMPRUNTEUR II N° 4566

CONTRAT N° 4566



### CADRE RÉSERVÉ AU RÉSEAU COMMERCIAL

NOM / PRÉNOM DU CONSEILLER

CODE DU POINT DE VENTE

#### CACHET COMMERCIAL

Magnolia Web Assurances  
108 avenue de Bretagne  
76 100 ROUEN  
Tél.: 02 32 76 81 10  
Fax: 02 35 14 97 46

## Renseignements concernant la personne à assurer

**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 :

N° et voie : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ 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 <sup>er</sup> 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	_____	_____	_____	_____	_____,____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____,____	_____

(\*) 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 au contrat N° 4566

Date d'effet des garanties choisies : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pour les VEFA  Date du 1<sup>er</sup> débloqué de fonds  
 Date d'acceptation de l'offre de prêt

Prêt	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	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
2	_____	_____	_____	_____	_____	
3	_____	_____	_____	_____	_____	
4	_____	_____	_____	_____	_____	

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

(1) M : Mensuelle, T : Trimestrielle, S : Semestrielle, A : Annuelle.

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

Si vous avez des encours déjà assurés au titre des contrats n° 4562 et/ou 4566 et/ou 1229, merci de préciser le montant : \_\_\_\_\_ €

## Options PLUS : 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 PERTE D'EMPLOI

Prêt	Choix de la prestation : % d'échéance	Montant du capital emprunté	Bénéficiaire
1	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 70 %	_____ €	<b>Organisme financier des prêts cités ci-contre</b>
2	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 70 %	_____ €	
3	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 70 %	_____ €	
4	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 70 %	_____ €	

### OPTION 6 : BÉNÉFICIAIRES CROISÉS

Montant emprunté	Couverture déjà souscrite		Couverture du différentiel		Nom et prénom du bénéficiaire
	%	Assureur	%	Montant*	

Montant\* = minimum 20.000 € et maximum 350.000 €

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° 4566 Premium Emprunteur II souscrite auprès de AXA France Vie et AXA France IARD.

## SIGNATURE

Je, soussigné **déclare adhérer** à l'association UGIPS et demande à adhérer simultanément au contrat PREMIUM EMPRUNTEUR II n° 4566 souscrit auprès de AXA France Vie et AXA France IARD, responsables du traitement, **reconnais** 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 accepter tous les termes et rester en possession de l'exemplaire qui m'est destiné. Je **déclare** 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 **déclare sur l'honneur** exercer une activité professionnelle rémunérée. Je **déclare** être informé que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de ma demande d'adhésion au contrat n° 4566 et que les assureurs, responsables du traitement du dossier, peuvent communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'ils pourraient recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion de mon dossier, à leurs mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de mon dossier. Je certifie avoir reçu ce jour le dépliant relatif aux recommandations de la convention AERAS et en avoir pris connaissance.

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

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

Fait à : .....

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

# AUTORISATION DE PRELEVEMENT



## Comment remplir votre autorisation de prélèvement

L'autorisation doit être remplie et signée par le titulaire du compte bancaire ou postal sur lequel seront prélevées les cotisations

### 1. Indiquez les coordonnées du titulaire du compte.

#### 2. Établissement teneur du compte à débiter :

##### Pour les C.C.P., inscrivez simplement :

- «C.C.P.» sur la première ligne,
- puis l'adresse et le code postal de votre centre de chèques postaux,
- votre numéro de compte,
- et votre numéro IBAN et BIC sur la dernière ligne.

##### Pour les banques, indiquez :

- le nom de la banque sur la première ligne,
- l'indicatif ou le nom de votre guichet,
- l'adresse complète du guichet et le code postal,
- votre numéro de compte,
- et votre numéro IBAN et BIC sur la dernière ligne.

### 3. Date et signature :

N'oubliez pas de dater et de signer votre autorisation de prélèvement.

#### TRÈS IMPORTANT

Pour éviter toute erreur, vous devez obligatoirement joindre à votre autorisation de prélèvement :

- un relevé d'identité bancaire ou postal (vous trouverez ce document dans votre carnet de chèques ou avec vos relevés de compte ; vous pouvez aussi en demander un à votre guichet)
- ou, à défaut, pour les C.C.P., un chèque postal annulé.

AXA France Vie – 26, rue Drouot – 75009 PARIS – S.A. au capital de 487 725 073 euros – 310 499 959 RCS Paris – Entreprise régie par le Code des assurances.

## Autorisation de prélèvement

N° D'EMETTEUR 504715

### PREMIUM EMPRUNTEUR II

#### 1 – Nom et adresse du titulaire du compte à débiter (en majuscules)

Nom ..... Prénom .....  
 Adresse .....  
 Code postal : ..... Ville : .....

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par MULTI-IMPACT.

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 directement avec MULTI-IMPACT.

#### 3 – Signature du titulaire du compte à débiter

A ..... le .....  
 Signature :

#### Désignation de l'organisme encaisseur

MULTI-IMPACT/PREMIUM EMPRUNTEUR II  
 Service Gestion Premium Emprunteur II  
 BP 283 – 51687 Reims Cedex 2

#### 2 – Désignation de l'établissement teneur du compte à débiter (en majuscules)

Banque ou C.C.P. ....

Adresse du centre du C.C.P. ou de l'agence bancaire  
 .....

Code postal : ..... Ville : .....

Etablissement	Guichet	N° du compte à débiter	Clé RIB
IBAN		BIC	