

CHECKLIST

TRANSMISSION D'UNE AFFAIRE NOUVELLE

ASSURANCE EMPRUNTEUR

Pour une gestion efficace, nous vous invitons à vérifier auprès de votre client que toutes les pièces et informations suivantes composent son dossier avant transmission au centre de gestion.

MERCI DE COCHER LES CASES CORRESPONDANTES POUR AUTO CONTROLE

La demande d'adhésion :

- Coordonnées **complètes** du (des) client(s)
- Profession précise** exercée (élément indispensable pour l'acceptation médicale)
- Caractéristiques** des prêts (Montant, quotité, taux, durée, type de prêt, ...)
- Garanties** souhaitées (DC/PTIA, ITT/IPT, IPP, rachat exclusions MNO, PE)
- Date d'effet** (date de signature de l'offre de prêt ou date de premier déblocage des fonds)
- Nom et adresse** de la banque bénéficiaire sur la Demande Individuelle d'Affiliation
- Signature(s)** précédée(s) des mentions obligatoires
- Mandat** de prélèvement **SEPA intégralement** complété, daté et signé
- RIB** (même si le mandat SEPA est parfaitement complété)

Information à donner au client concernant les documents médicaux :

- Questionnaire simplifié
- Déclaration spéciale non-fumeur

- Questionnaire Médical** dûment complété et signé par l'assuré (toutes les réponses et notamment les OUI et NON doivent être écrites à la main et en toutes lettres)
- Autres documents médicaux contractuels (RM, ...)

ATTENTION : Vous devez proposer à votre client de transmettre les formalités médicales sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin conseil de Multi-Impact :

Originaux à transmettre dans les 48h par courrier postal à :

MULTI IMPACT
à l'attention du médecin conseil – Service médical
41-43 avenue Hoche – CS 110002
51687 REIMS CEDEX



Réf. : 4566 V5 – 10/2017

L'UNIVERS PRIVILÉGIÉ DES EMPRUNTEURS

Demande d'adhésion au contrat 4566

Tous les documents constituant votre adhésion doivent être transmis à l'adresse suivante :
MULTI-IMPACT – GESTION PREMIUM EMPRUNTEUR II – Médecin Conseil – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX

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 »,
- le questionnaire médical simplifié ou détaillé. 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 et AXA France IARD peuvent toutefois, être amenés à demander des informations financières pour des capitaux moins élevés.

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

• **CSP 1** : chef d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures (professions libérales, professeurs, professions scientifiques, ingénieurs...), professions intermédiaires (professeurs des écoles, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise...), employés, commerçants, **avec activité sédentaire ou déplacements inférieurs à 20 000 km par an** (à titre professionnel en véhicules terrestres à moteur, hors déplacements en train) et **sans travail manuel**. Autres personnes sans activité professionnelle.

• **CSP 2** : chef d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, **avec déplacements professionnels fréquents** (supérieurs à 20 000 km par an à titre professionnel en véhicules terrestres à moteur, hors déplacements en train) et **travail manuel non dangereux**. Commerçants et artisans avec **une activité sédentaire ou avec déplacements inférieurs à 20 000 km par an** (à titre professionnel en véhicules terrestres à moteur, hors déplacements en train) et **travail manuel non dangereux**. Personnel navigant sur des lignes régulières et travaillant pour des compagnies aériennes hors liste noire.

• **CSP 3** : chef d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires, employés, **avec travail manuel important avec utilisation d'outillage et/ou manipulation de marchandises dangereuses**. Commerçants et artisans **avec déplacements professionnels fréquents** (supérieurs à 20 000 km par an à titre professionnel en véhicules terrestres à moteur, hors déplacements en train) **et/ou un travail manuel important avec utilisation d'outillage et/ou manipulation de marchandises dangereuses**. Chauffeurs routiers, agriculteurs, exploitants, salariés agricoles, ouvriers, chauffeurs, taxi, coursiers, livreurs.

• **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, **et/ou tout travail en hauteur supérieure ou égale à 15 mètres**.

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

- **FORMULE 1 : DC/PTIA**
 - Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- **FORMULE 2 : DC/PTIA/ITT/IPT**
 - Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
 - Incapacité Temporaire et Totale de Travail (ITT), Invalidité Permanente et Totale (IPT)
- **FORMULE 3 : DC/PTIA/ITT/IPT/IPP**
 - Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
 - Incapacité Temporaire et Totale de Travail (ITT), Invalidité Permanente et Totale (IPT), Invalidité Permanente et Partielle (IPP)
- **FORMULE 4 : « BÉNÉFICIAIRES CROISÉS »**
 - Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Cette formule peut être souscrite seule ou en complément d'une des formules 1, 2 ou 3.
- **OPTION 1 : PERTE D'EMPLOI (PE)**
 - Cette option est accessible uniquement si les formules 2 ou 3 ont été choisies.
- **OPTION 2 : PREFERENCE** : Couverture des maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis listées à l'article XIV de la notice d'information
 - Cette option est accessible uniquement si les formules 2 ou 3 ont été choisies.

Toutes ces formules 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 _____ € par personne à assurer.

Demande d'adhésion

CONTRAT PREMIUM EMPRUNTEUR II N° 4566

CONTRAT N° 4566



CADRE RÉSERVÉ AU RÉSEAU COMMERCIAL

REF : Test_0 - T1

NOM / PRÉNOM DU CONSEILLER



CODE DU POINT DE VENTE

CACHET COMMERCIAL

Tél : _____
Mail : _____

Renseignements concernant la personne à assurer

 M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : _____

1^{re} Nationalité : _____ 2^e Nationalité : _____Qualité : Emprunteur Co-emprunteur CautionÊtes-vous résident fiscal français ? Oui Non Si « Non » précisez le pays de résidence fiscale : _____Exercez-vous ou avez-vous exercé au cours des 12 derniers mois pour le compte de l'Etat français ou d'un Etat étranger, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives (parlementaire, ambassadeur, membre de direction d'une entreprise publique...) ?* Oui Non Est-ce que l'un de vos proches (membre direct de votre famille ou personnes étroitement associées) exerce ou a exercé au cours des 12 derniers mois pour le compte de l'Etat français ou d'un Etat étranger, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives ?* Oui Non ** En application de l'article R 561-20 II du Code monétaire et financier (Personne Politiquement Exposée).*

Profession : _____

- Nombre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) : - de 20 000 km/an + de 20 000 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 15 mètres de hauteur ? Oui Non
- Souhaitez-vous être garanti pour un sport à risque ? Oui Non
- Êtes-vous amené(e) à voyager pour une durée supérieure à 90 jours consécutifs, dans un pays autre que l'Union Européenne, les Etats-Unis, le Canada, l'Islande, la Norvège, la Suisse, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, le Japon et Singapour ? Oui Non

Si Oui, quel(s) pays ? _____ Durée du séjours ? _____

Catégorie Socio-professionnelle : CSP1 CSP2 CSP3 CSP4 Êtes-vous fumeur ? Oui Non, dans ce cas vous vous engagez à compléter la Déclaration Spéciale Non-Fumeur

Adresse actuelle du domicile principal : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Tél. portable : _____ Adresse mail : _____

Adresse de l'acquisition immobilière : _____

Code postal : _____ Ville : _____

 Je certifie que la destination du prêt objet de la couverture d'assurance, sera l'acquisition d'un bien immobilier situé en France métropolitaine.

Vos futures coordonnées : Date prévisionnelle déménagement : ____/____/____

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	_____	_____	_____	_____	_____,____	_____
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) : MENSUELLE

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

Garanties souscrites au contrat N° 4566

Date d'effet des garanties choisies : ____/____/____					<input type="checkbox"/> Date du 1 ^{er} déblocage de fonds
					<input type="checkbox"/> Date d'acceptation de l'offre de prêt
Prêt	Quotité assurée <= à 100% par personne (100% par défaut)	FORMULE 1 : DC/PTIA	FORMULE 2 : DC/PTIA/ITT/IPT	FORMULE 3 : DC/PTIA/ITT/IPT/IPP	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	_____	_____	_____	_____	

Option Préférence : pour les formules 2 et 3, souhaitez-vous être garanti(e) au titre des maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis listées à l'article XIV de la notice d'information ? Oui Non

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 PRELEVEMENT ET JOINDRE UN RIB, RICE OU RIP POUR CHAQUE COMPTE A PRELEVER

Si vous avez des encours déjà assurés au titre des contrats n° 4562 et/ou 4566 et/ou 1229 et/ou 4915, merci de préciser le montant : €

OPTION 1 : PERTE D'EMPLOI (PE)

Cette garantie est complémentaire à l'option décrite ci-dessus et choisie par le postulant à l'assurance. La périodicité de paiement correspond à celle choisie ci-dessus.

Prêt	Choix de la prestation : % de l'échéance affectée de la quotité assurée	Montant du capital emprunté	Bénéficiaire
1	<input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 70 %	_____ €	Organisme financier des prêts cités ci-contre
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 %	_____ €	

FORMULE 4 : « BÉNÉFICIAIRES CROISÉS »

Cette garantie peut être souscrite seule ou en complément d'une des formules 1, 2 ou 3, pour un montant minimum de 20.000 € et maximum de 350.000 €.

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

Périodicité de prélèvement des cotisations (cochez la périodicité choisie) Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

La personne à assurer demande à adhérer, moyennant des frais de dossier de _____ € (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 déclare être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise 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, AXA met 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.

INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

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 acceptant 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 reconnais avoir reçu ce jour le dépliant relatif aux recommandations de la convention AERAS, la note d'information sur le « droit à l'oubli », ainsi que la Fiche Standardisée d'Information 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"





A compléter et à nous retourner par courrier à :
MULTI-IMPACT – 41-43 avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MULTI-IMPACT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de MULTI-IMPACT.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.

*Champs obligatoires

ASSURE	CREANCIER
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p>	<p>SAS MULTI-IMPACT CS 110002 51687 REIMS CEDEX Identifiant Créancier SEPA : FR10ZZZ504715</p>

COORDONNEES DU COMPTE A DEBITER	
<p>_____</p> <p>NUMERO IBAN*</p>	<p>_____</p> <p>CODE BIC*</p>
<p>TYPE DE PAIEMENT: Paiement récurrent</p>	
<p>Signé à : _____</p> <p>Le : _____</p>	<p style="text-align: center;">Signature de l'assuré* :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

A COMPLETER SI L'ASSURE N'EST PAS LE TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
<p>Nom/Prénom ou dénomination sociale du titulaire du compte : _____</p> <p>_____</p>	
<p>Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____</p>	
<p>Signé à : _____</p> <p>Le : _____</p>	<p style="text-align: center;">Signature du titulaire du compte*:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

CADRE RESERVE A MULTI-IMPACT	
REFERENCE UNIQUE DU MANDAT	(Cette référence vous sera communiquée avec votre appel de cotisation)
CONTRAT CONCERNE	AXA PREMIUM emprunteur II – 4566

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de la prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de celle-ci, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement, a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel.