

# DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT GROUPE À ADHÉSION FACULTATIVE EMPRUNTEUR UGIP SÉRÉNITÉ N°CE/20 025

Souscrit par l'intermédiaire de : (cachet du cabinet)

Conseiller : .....

Agence : .....

Code courtier n° : .....

N°ORIAS de l'intermédiaire : .....

GESTION : .....

SOUSCRIT PAR L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE – UGIP – Siège social : 30-32 Boulevard de Vaugirard, 75015 PARIS Association Loi 1901 Déclaration Préfecture de PARIS N°75-1389 – Services Administratifs : 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 Nice CEDEX 3. **Auprès de PREPAR-VIE, filiale de la BRED Banque Populaire** - Entreprise régie par le Code des Assurances - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 182 183 792 euros. Siège social : Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy - 33 place Ronde - CS 90241 – 92981 Paris La Défense cedex 323 087 379 RCS Nanterre (LEI : 969500WDOCIF97N6D206). Entité du Groupe BPCE, titulaire de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581\_01QHNQ (BPCE – SIRET 493 455 042).

## 1 – Identification de l'assuré<sup>(1)</sup>

Emprunteur  Caution  Sexe : M  F  Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Code postal de naissance : .....

Commune de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Nationalité :  Française  Autre (précisez) : .....

Statut Professionnel : ..... Situation de famille : .....

Profession exacte : .....

Téléphone : ..... Email : .....

ADRESSE DE CORRESPONDANCE ACTUELLE : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

ADRESSE FUTURE : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ?<sup>(2)</sup> OUI  NON

Êtes-vous un membre de la famille<sup>(3)</sup> d'une personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits<sup>(4)</sup> avec une Personne Politiquement Exposée ? OUI  NON

• Nombre de Km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) :  - de 25 000 km /an  + de 25 000 km/an

• Lors de votre activité professionnelle effectuez-vous des manipulations / manutentions lourdes (plus de 5kg) ?  OUI  NON

• Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 3 mètres de hauteur ?  OUI  NON

• Pratiquez-vous seul en tant qu'amateur, non encadré par du personnel qualifié, un sport à risque précisé au paragraphe « Les exclusions et limites de prise en charge » de la notice d'information ?  OUI  NON

Si oui merci de préciser : .....

• Exercez-vous une profession à risque<sup>(5)</sup> ?  OUI  NON

Si oui merci de préciser : .....

## 2 – Identification de l'adhérent payeur de primes (si différent de l'assuré)

Personne Morale : ..... Représentant Personne Morale : .....

SIREN : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] M.  Mme  Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Commune de naissance : .....

Code Postal de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse actuelle du siège social : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

(1) Une copie de la carte nationale d'identité (C.N.I.) ou du passeport sera obligatoirement fourni avec cette demande d'adhésion par l'assuré et le(s) bénéficiaire(s) si ceux-ci sont des personnes physiques.

(2) Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui exerce ou a exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou encore, une haute fonction pour le compte d'une institution internationale publique :

- Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- Membre d'une assemblée parlementaire nationale (député comme sénateur) ou du Parlement européen, dirigeant d'un parti politique ;
- Magistrat de la Cour de cassation, conseiller d'État et membre du Conseil Constitutionnel ou leurs équivalents à l'étranger ;
- Magistrat de la Cour des comptes ou leurs équivalents à l'étranger ;
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- Officier général, ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique exerçant son activité au niveau national ;
- Directeur, directeur adjoint, membre du conseil d'une organisation internationale.

(3) Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE :

- Le conjoint ou le concubin notoire.
- Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.
- En ligne directe, les ascendants, descendants et alliées, au premier degré, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.

(4) Sont considérées comme des personnes connues pour être étroitement associées à une PPE :

- Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec cette PPE.
- Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec PPE.

(5) Sont considérées comme professions à risques, le travail sur site dangereux ou souterrain, les professions de haute montagne, les métiers de l'aéronautique (pilote, personnel navigant, instructeur, les métiers du secteur du Pétrole ou du Gaz, les métiers avec manipulation, transport ou contact de produits explosifs, radioactifs, toxiques, corrosifs, inflammables ou autres matières dangereuses, les pompiers, secouristes /sécurité civile, les forces de l'ordre / sécurité publique, les militaires, les métiers de la sécurité et/ou avec port d'armes, les personnels diplomatiques, les journalistes, photographes ou cameramans de presse, les métiers du spectacle, du cinéma ou de l'audiovisuel, les métiers de l'art ou de la musique, les métiers du design et de la mode, les activités humanitaires et missionnaires, le travail avec les animaux, les sportifs professionnels ou moniteurs de sport, les métiers de l'exploration ou de l'expédition, les professions avec activité en mer, les professions avec activité sous-marine et les métiers de manutention portuaire et de construction navale.

### 3 – OPTIONS ET GARANTIES SOUHAITÉES

- FORMULE 1** Décès + P.T.I.A ou Décès seul si + de 67 ans  
**FORMULE 2** FORMULE 1 + I.T.T. / I.T.P. / I.P.T.  
**FORMULE 3** FORMULE 1 + I.T.T. / I.T.P. / I.P.T. / I.P.P.

**Franchises Absolues :**

- 60 jours  90 jours  180 jours

**I.P.T. :**

- I.P.T. Rente  I.P.T. Capital

<sup>(1)</sup>OPTION UGIP PLUS

<sup>(1)</sup>OPTION MNO

**P.T.I.A** = Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ; **I.T.T** = Incapacité Temporaire Totale ; **I.T.P** = Incapacité Temporaire Partielle ;  
**I.P.T** = Invalidité Permanente Totale ; **I.P.P** = Invalidité Permanente Partielle.

(1) **OPTION MNO** = permet de compléter les garanties **ITT / ITP et IPT / IPP**. Lorsqu'elle est souscrite, l'assuré bénéficie de la couverture, sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale de toutes les maladies neuropsychiatriques ou résultant d'une atteinte disco-vertébrales (cervicale, dorsale, lombaire ou sacrée), ou paravertébrales ou des racines nerveuses, ou toutes ostéoporoses du rachis ou des atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires.

**OPTION UGIP PLUS** = permet le prolongement des garanties **ITT / ITP et IPT / IPP** du 31/12 de l'année suivant le 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré au 31/12 de l'année suivant le 71<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

### 4 – CARACTÉRISTIQUE(S) DE(S) EMPRUNT(S)

**Date d'effet :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ C'est la date prévue de déblocage des fonds et au plus tôt celle de l'acceptation médicale sous réserve du paiement de la cotisation.

En cas de vente à distance, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus qui court à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu, en l'absence de demande expresse de l'adhérent **personne physique** pour une prise d'effet anticipée des garanties.

**Objet du ou des prêts :**

- Résidence principale  Résidence secondaire  Investissement locatif  Prêt professionnel  Prêt à la consommation

**Type de projet :**  Nouveau projet  Reprise

Autres : .....

NATURE DU PRÊT (5)		TAUX HORS ASSURANCE EN %	DURÉE TOTALE (mois) <small>Durée restante pour les reprises « Lemoine »</small>	DONT – MOIS DE DIFFERE <small>P = PARTIEL T = TOTAL</small>	MONTANT DU PRÊT <small>Capital restant dû dans le cadre des reprises « Lemoine »</small>	TYPE DE PRÊT (6)	QUOTITE DECES-PTIA / INCAP-INVAL	FORMULE CHOISIE
A. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/>	%	Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T	€		- / -	
R. <input type="checkbox"/>	P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/>	%	Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T	€		- / -	
R. <input type="checkbox"/>	P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/>	%	Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T	€		- / -	
R. <input type="checkbox"/>	P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T	€		- / -	
A. <input type="checkbox"/>	I.F. <input type="checkbox"/>	%	Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T	€		- / -	
R. <input type="checkbox"/>	P.A.P. <input type="checkbox"/>	%	Mois	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T	€		- / -	

(5) NATURE DU PRÊT : A = Prêt Amortissable – I.F. = Prêt In Fine – R = Prêt Relais – P.A.P. = Prêt à Paliers (Joindre impérativement le détail des paliers)

(6) TYPE DE PRÊT : F = Prêt Fixe – M = Prêt Modulable +/- 5 ans maxi – V = Prêt à taux Variable +/- 5 ans – C = Crédit Bail

**Encours Lemoine** (pour les encours immobiliers cumulés en-dessous de 200 000 € par assuré ou dont l'échéance arrive avant le 60ème anniversaire de l'assuré, aucune formalité médicale n'est demandée, en application de l'article L. 113-2-1 du Code des Assurances) : €

**Encours déjà assurés auprès de PREPAR-VIE**

(Tous prêts et tous contrats d'assurance de financement auprès de l'assureur et tous réseaux distributeurs confondus) : €

POUR LES PRÊTS A PALIERS	PRÊT 1		PRÊT 2		PRÊT 3		PRÊT 4		PRÊT 5	
	MONTANT DES PALIERS	DURÉE DES PALIERS	MONTANT DES PALIERS	DURÉE DES PALIERS	MONTANT DES PALIERS	DURÉE DES PALIERS	MONTANT DES PALIERS	DURÉE DES PALIERS	MONTANT DES PALIERS	DURÉE DES PALIERS
<b>1<sup>er</sup> palier</b>	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois
<b>2<sup>ème</sup> palier</b>	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois
<b>3<sup>ème</sup> palier</b>	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois
<b>4<sup>ème</sup> palier</b>	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois
<b>5<sup>ème</sup> palier</b>	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois	€	Mois



## 8 – DÉCLARATION DE LA PERSONNE À ASSURER ET DE L'ADHÉRENT (le cas échéant)

Je déclare être pleinement informé que PREPAR-VIE, 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 PREPAR-VIE 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.

- **certifie** exactes et sincères les réponses apportées à la présente demande d'adhésion et au questionnaire de santé **le cas échéant**, qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'Assureur et que la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux articles L113-8 ou L132-26 du Code des Assurances dont les textes sont reproduits dans la notice d'information.

- **déclare** avoir été informé(e) de la possibilité d'envoyer la demande d'adhésion et le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur, UGIP Service Médical, Immeuble Nouvel'R – Bât C, 143 Bd René Cassin CS 63278, 06205 Nice Cedex 3.

- **déclare** avoir pris connaissance de la convention AERAS ([www.aeras.fr](http://www.aeras.fr)) et du document d'information AERAS relatif au droit à l'oubli dont j'ai reçu un exemplaire.

- **déclare** avoir été informé(e) que l'organisme prêteur est le bénéficiaire acceptant des prestations garanties, à concurrence des sommes qui lui sont dues. Il est convenu qu'aucune modification de l'adhésion ne pourra avoir lieu sans le consentement de l'organisme prêteur. Celui-ci sera informé en cas de non-paiement éventuel des cotisations.

- **déclare**, lorsque l'assuré est également l'adhérent, être à jour de mes cotisations d'assurance de prêt, dans le cas d'une substitution d'assurance. Lorsque l'adhérent est différent de l'assuré, l'adhérent déclare être à jour de ses cotisations d'assurance de prêt, dans le cas d'une substitution d'assurance.

L'(Les) Assuré(s) demande(nt) à adhérer à UGIP et simultanément au contrat groupe à adhésion facultative UGIP SERENITE N° CE/20 025 auprès de PREPAR-VIE. Il(s) verse(nt) à ce jour la cotisation à UGIP Assurances et lui donne mandat pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et le(s) représenter auprès de ceux-ci. Il(s) déclare(nt) avoir reçu copie des statuts ainsi qu'un exemplaire des conditions générales valant notice d'information N° CE/20 025\_V10204 du contrat UGIP SERENITE N°CE/20 025 accompagné du document d'information normalisé (IPID), l'ensemble formant un tout indissociable. Il(s) déclare(nt) avoir pris connaissance des conditions de cette assurance, de la définition des garanties, des formalités à accomplir en cas de sinistre, en accepter les termes et rester en possession de ladite notice d'information.

**L'assuré(e) et le cas échéant l'adhérent certifié(nt) être informé(e)s que :** toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations.

Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i), (v), (vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii), (iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances.

Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, s'il est donné, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mel ([dpo@prepar-vie.com](mailto:dpo@prepar-vie.com)) ou le médecin conseil de l'Assureur ([service.medical@prepar-vie.com](mailto:service.medical@prepar-vie.com)) pour vos données de santé, ou l'Assureur par courrier (PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR-IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL -Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Vous pouvez également vous inscrire au service d'opposition au démarchage téléphonique ([www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)) ou par courrier postal (à Worldline - Service Bloctel, CS 61311, 41013 Blois Cedex). Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre notice d'information sur le traitement des données à caractère personnel, sur notre site internet <https://www.prepar-vie.fr/donnees-personnelles/>.

**En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement.**

**J'accepte expressément que des données sur mon état de santé soient collectées et traitées par l'Assureur et ses éventuels réassureurs afin de permettre la gestion de mon contrat.** NB : le retrait ultérieur éventuel de votre consentement au recueil des données d'état de santé par l'Assureur est susceptible d'empêcher l'exécution des garanties de votre contrat et ne vous permettra pas d'aboutir à sa résiliation où à l'effacement des données collectées dans la mesure où celles-ci pourraient être utiles à l'Assureur pour la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice.

**J'accepte les Conditions Générales du site et la Politique de données personnelles.**

Fait à : .....

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

\*La date vaut également date de remise du/des document(s) susvisé(s)

### POUR L'ASSURÉ

Signature de la main de l'assuré précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » ou Si l'assuré est différent de l'adhérent, signature de l'assuré(e) précédée, de «bon pour autorisation à l'assurance»

### SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

(Si différent de la personne à assurer)

**La décision favorable de l'assureur est valable 6 mois**, elle vous sera communiquée par l'envoi d'une proposition d'assurance et/ou du certificat d'adhésion.



## 9 – VENTE À DISTANCE

En cas de Vente A Distance, les garanties ne prennent normalement effet qu'à l'issue du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, qui court à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu. Sur demande expresse de l'adhérent, la date d'effet des garanties peut être anticipée.

### Date de conclusion à distance :

Pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée dans cette demande d'adhésion est antérieure à la date d'expiration du dit délai de renonciation, l'adhérent **personne physique** reconnaît l'avoir expressément demandé et avoir été informé qu'il conserve cependant la faculté de renoncer jusqu'à l'expiration du délai ci-dessus mentionné.

Cette renonciation peut être faite par retour du bordereau ci-dessous complété et signé et envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Je soussigné(e) :  M  Mme **Nom** : ..... **Prénom** : .....

**demeurant** : .....

déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance EMPRUNTEUR UGIP SERENITE N° CE/20 025, conclue sous la référence n°.....

Je demande le remboursement des sommes déjà versées.

Fait à : .....

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

