CAFPI
Prêts Immobiliers
N°1 des Courtiers

Code Apporteur 7508
Gestion :
Dynamique ☐
Confort ☐

DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT GROUPE À ADHÉSION FACULTATIVE UGIP GLOBAL+ N°0139 FACL

SOUSCRIT PAR L'UNION GÉNÉRALE INTER-PROFESSIONNELLE - UGIP - Siège social : 2, rue Turgot 75009 PARIS Association Loi 1901 Déclaration Préfecture de PARIS N° 74-1389 Services administratifs : 73-75 Rue Brillât Savarin 75013 PARIS. Auprès de GENWORTH ASSURANCES Nom commercial de : Financial Assurance Company Limited (FACL) et Financial Insurance Company Limited (FICL) Financial Assurance Company Limited couvre le risque de décès, société d'assurance vie immatriculée au Royaume-Uni sous le numéro 4873014 et Financial Insurance Company Limited couvre les autres risques , société d'assurance dommages immatriculée au Royaume-Uni sous le numéro 1515187 Siège social: Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London, W4 5XR, Royaume-Uni - Siège des succursales françaises: Tour Franklin - TSA 73100 - 92919 Paris La Défense cedex RCS Nanterre 479 311 979 (FACL) et 479 428 039 (FICL)

SOUSCRIT PAR L'INTERMÉDIAIRE DE VITAE
Par l'intermédiaire de VITAE SARL au capital de 7.622 € - RCS Paris B 390 066 728
N°ORIAS : 07 005 042 (Adresse du site internet de l'ORIAS : www.orias.fr)
Siège Social : 28, route de Corbeil 91700 SAINTE GENEVIEVE - DES - BOIS
Garantie Financière et Assurance de Résponsabilité Civile conformes aux articles L530-1 et L530-2 du Code des Assurances.

Conseiller : .....
Agence : .....

1 - IDENTIFICATION DES PERSONNES À ASSURER

ASSURÉ N°1 Emprunteur ☐ Caution ☐

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Profession : .....
Situation de famille : .....
Téléphone ou GSM : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Email : .....

ASSURÉ N°2 Co-Emprunteur ☐ Caution ☐

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Profession : .....
Situation de famille : .....
Téléphone ou GSM : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
Email : .....

Adresse Actuelle : .....
.....
Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....
Adresse Future : .....
..... A compter du : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

2 - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT PAYEUR DE PRIMES (si différent des Assurés)

Nom et Prénom ou Raison Sociale (si entitée Morale) : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

3 - OPTIONS ET GARANTIES SOUHAITÉES ET CARACTERISTIQUES DE L'OPÉRATION

Option 1 = Décès + Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
Option 2 = Option 1 + Incapacité Totale de Travail (Franchise Absolue 90 jours) + Invalidité Permanente Totale
Option 3 = Option 1 + Incapacité Totale de Travail (Franchise Absolue 180 jours) + Invalidité Permanente Totale
Option 4 = Option 1 + Incapacité Totale de Travail (Franchise Absolue 60 jours) + Invalidité Permanente Totale
Option 5 = Option 1 + Incapacité Totale de Travail (Franchise Relative 60 jours) + Invalidité Permanente Totale
Option 6 = Option 1 + Incapacité Totale de Travail (Franchise Absolue 30 jours) + Invalidité Permanente Totale

Nature du Prêt (2)	Taux H.A. en %	Durée totale (mois)	Dont - mois de différé	Montant du Prêt	Type de Prêt (3)	ASSURÉ N°1 QUOTITÉ Décès-PTIA / Incap-Inval	ASSURÉ N°1 OPTION CHOISIE	ASSURÉ N°2 QUOTITÉ Décès-PTIA / Incap-Inval	ASSURÉ N°2 OPTION CHOISIE
A ☐ I.F. ☐ R.☐ P.A.P ☐	..... %	..... Mois	..... Mois	..... €	.....	..... /	.....	..... /	.....
A ☐ I.F. ☐ R.☐ P.A.P ☐	..... %	..... Mois	..... Mois	..... €	.....	..... /	.....	..... /	.....
A ☐ I.F. ☐ R.☐ P.A.P ☐	..... %	..... Mois	..... Mois	..... €	.....	..... /	.....	..... /	
A ☐ I.F. ☐ R.☐ P.A.P ☐	..... %	..... Mois	..... Mois	..... €	.....	..... /	.....	..... /	.....
A ☐ I.F. ☐ R.☐ P.A.P ☐	..... %	..... Mois	..... Mois	..... €	.....	..... /	.....	..... /	.....

2) - NATURE DU PRÊT = A : Prêt Ammortissable - I.F. : Prêt In Finé - R : Prêt Rélais - P.A.P. : Prêt à Paliers (Joindre Impérativement le détail des paliers)
3) - TYPE DE PRÊT = F : Prêt à Taux Fixe - M : Prêt Modulable +/- 5ans maxi - M.V. = Prêt Modulable Prêt à taux Variable +/- 5ans.

OPTION I.P.P. (Invalidité Permanente Partielle) : ☐ **OPTION UGIP RACHAT** : ☐ **OPTION UGIP RACHAT+** : ☐

4 - PRINCIPAUX RAPPELS DES OPTIONS

CAS PARTICULIERS :	FORMULE DE BASE	OPTION «RACHAT UGIP»	OPTION «RACHAT UGIP PLUS»
		Valables pour les garanties ITT	
Des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, Cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale)	■ Franchise de 12 mois	■ Dès lors que l'Assuré fait l'objet d'une hospitalisation continue de 7 jours minimum. Franchise ramenée à celle de la garantie ITT choisie.	■ Franchise ramenée à celle de la garantie ITT choisie, sans condition d'hospitalisation.
Des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections.	■ Franchise de 12 mois	■ Dès lors que l'Assuré fait l'objet d'une hospitalisation continue de 10 jours minimum. Franchise ramenée à celle de la garantie ITT choisie.	■ Franchise ramenée à celle de la garantie ITT choisie, sans condition d'hospitalisation.
Assuré(e) n'exerçant pas d'activité au jour du sinistre	■ Pas de garantie ITT	■ Prestation : 50% de l'indemnité journalière en cas d'ITT standard avec un maximum de 50 € par jour ■ Age maximun de couverture : 55 ans	■ Prestation : 100% de l'indemnité journalière en cas d'ITT standard avec un maximum de 100 € par jour ■ Age maximun de couverture : 55 ans
Incapacité Temporaire Partielle	■ Pas de garantie ITT	■ Couvre l'assuré en cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique ■ Prestation = 50% de l'indemnité journalière en cas d'ITT avec un maximum de 5250 € ■ Age maximun de couverture : 55 ans ■ La prestation ne peut exéder 365 jours	
L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) : l'assuré est reconnu en IPP à la suite d'une maladie ou d'un accident, lorsque après consolidation de son état , il présente un taux d'invalidité supérieur à 33% le mettant dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer une partie de son activité professionnelle.	■ Garantie si l'assuré(e) choisit cette option	■ INCLUS DANS LES OPTIONS «RACHAT UGIP» ET «RACHAT UGIP PLUS» ■ Nous prenons en charge la moitié de votre échéance garantie en ITT/IPT, en cas d'invalidité comprise entre 33% et 66% (selon un barème fonctionnel et/ou professionnel). ■ Cette garantie est un complément de la garantie ITT/IPT, la quotité et la franchise sont les mêmes.	

Pour l'intégralité de la définition des options se référer aux Conditions Générales Article 16-1-3 et Article 16-4

5 - BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT

Nom ou Raison Sociale : .....

Adresse : .....

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

A défaut : .....

6 - MODALITÉS D'ADHESION

Date d'effet : | | | | | | | | |

C'est la date prévue de déblocage des fonds et au plus tôt celle de l'acceptation médicale sous résèrve du paiement de la cotisation

Périodicité : Annuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ **Mensuelle ☐

(**Uniquement prélèvement automatique) Par échéance : 1,00 € (Annuelle = 1 ; Semestrielle = 2 ; Trimestrielle = 4 ; Mensuelle = 12)

Droit d'entrée Unique :

Le droit d'entrée de 12,00 € (par assuré) est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déja membre de l'UGIP

Mode de règlement souhaité Chèque ☐ prélèvement automatique ☐

Pour le prélèvement automatique : joindre autorisation de prélèvement datée et signée accompagnée d'un RIB ou RIP

Frais de dossier ..... €

Frais d'échéance ..... **x 1,00 €** ..... €

12,00 € x .... €

Premier versement ..... €

L'(Les) Assuré(s) demande(nt) à adhérer à UGIP et simultanément au contrat groupe à adhésion facultative N° 0139 FACL auprès de GENWORTH ASSURANCES. Il(s) verse(nt) à ce jour la cotisation à UGIP et leur donne(nt) 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 du contrat N°0139 FACL, 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. Il(s) déclarent avoir connaissance qu'il(s) peut(vent) former toutes réclamations écrites au sujet du présent contrat auprès GENWORTH ASSURANCES. Il(s) déclare(nt) avoir été informé(s) que les réponses et informations fournies dans le présent document leur ouvrent le droit d'accès ou de rectification au fichier, prévu par la Loi N° 78-17 du 06.01.1978, relative à l'informatique, aux fichiers et à la liberté modifiée par la Loi N° 2004-801 du 06.08.2004 et peuvent être communiquées à titre professionnel dans la gestion et l'exécution de cette convention.

Fait à : ..... Le : | | | | | | | | |

POUR L'ASSURÉ N°1

Signature de la main de l'assuré précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

POUR L'ASSURÉ N°2

Signature de la main de l'assuré précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »