



AGENCE CAFPI	COMMERCIAL
LYON 6	V. BANDIERA

DEMANDE D'ADMISSION À L'ASSURANCE – CONTRAT N ° 4950 GARANTIES DÉCÈS/ PTIA / INCAPACITÉ / INVALIDITÉ

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA (LES) PERSONNE(S) À ASSURER

1^{er} assuré

M. Mme Nom : MARTINET

Nom de jeune fille : _____ Prénom : Philippe

Date de naissance : 06/11/1977 Département et lieu de naissance : 69 LYON 4

Pays : FRANCE Nationalité : FRANÇAISE

Profession : ARCHITECTE INFRA SENIOR Domaine d'activité : INFORMATIQUE

Classe : CSP1 CSP2 CSP3 CSP4

Pratiquez-vous seul en tant qu'amateur, non encadré par du personnel qualifié, un des sports à risque précisé au paragraphe Risques exclus de la notice d'information ? Oui Non Si « Oui », complétez le questionnaire adapté.

Nombre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) :	<input checked="" type="checkbox"/> - de 20 000 km/an	<input type="checkbox"/> + de 20 000 km/an
Exercez-vous une activité de travaux manuels ou de manutention régulière dans votre travail ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 3 mètres de hauteur ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON

Adresse actuelle du domicile principal : 432 CHEMIN DE GRANGE DEBOUT
Code postal : 01700 Ville : BEYNOST

Adresse future du domicile principal : IDEM
Code postal : _____ Ville : _____

Date prévisionnelle du déménagement : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution

Pièces à joindre impérativement : Photocopie pièce d'identité Justificatif de domicile

2^{ème} assuré

M. Mme Nom : _____

Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Département et lieu de naissance : _____

Pays : _____ Nationalité : _____

Profession : _____ Domaine d'activité : _____

Classe : CSP1 CSP2 CSP3 CSP4

Pratiquez-vous seul en tant qu'amateur, non encadré par du personnel qualifié, un des sports à risque précisé au paragraphe Risques exclus de la notice d'information ? Oui Non Si « Oui », complétez le questionnaire adapté.

Nombre de km professionnels/an (hors trajet domicile/travail) :	<input type="checkbox"/> - de 20 000 km/an	<input type="checkbox"/> + de 20 000 km/an
Exercez-vous une activité de travaux manuels ou de manutention régulière dans votre travail ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 3 mètres de hauteur ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Adresse actuelle du domicile principal : 432 CHEMIN DE GRANGE DEBOUT
Code postal : _____ Ville : _____

Adresse future du domicile principal : IDEM
Code postal : _____ Ville : _____

Date prévisionnelle du déménagement : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Qualité : Emprunteur Co-emprunteur Caution

Pièces à joindre impérativement : Photocopie pièce d'identité Justificatif de domicile

PERSONNE MORALE EMPRUNTEUSE (si différent de l'assuré)

Raison Sociale : _____

Secteur d'activité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S) À ASSURER

	Type de prêt (amortissable, in fine, relais ...)	Montant initial du prêt (€)	Durée totale (en mois)	Dont différé (en mois)	TEG hors assurance (en %)	Quotité à assurer (en %)	
						1 ^{er} assuré	2 ^{ème} assuré
Prêt 1	AMORTISSABLE	128532	240		1.40	100 %	%
Prêt 2						%	%
Prêt 3						%	%
Prêt 4						%	%

DÉCLARATION DES ENCOURS ASSURÉS À AXA

Capitaux* déjà assurés		Nouveaux capitaux à assurer après application de la quotité Prêts 1 + 2 + 3 + 4		Capital total à assurer après application de la quotité	
1 ^{er} assuré	€ +	€ =	€ =	€ =	€ =
2 ^{ème} assuré	€ +	€ =	€ =	€ =	€ =

(*) somme des CRD sur chaque prêt en cours

GARANTIES DEMANDÉES

Cocher les garanties choisies pour l'ensemble des prêts (prêts relais et in fine uniquement en option 1 et 4)	1 ^{er} assuré	2 ^{ème} assuré
Option 1 : Décès / Perte Totale et Irréversible d'autonomie (P.T.I.A.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option 2 : Décès / P.T.I.A. / Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) / Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix de la franchise	<input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours	<input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours
	<input checked="" type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 120 jours	<input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 120 jours
Souhaitez-vous être garanti(e) au titre des maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis, listées à l'article 12.5 de la notice d'information ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Option 3 : réservée aux professions médicales Décès / Perte Totale et Irréversible d'autonomie (P.T.I.A.) / Invalidité Permanente Professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès/PTIA/Invalidité Permanente Professionnelle/ Incapacité Temporaire Totale de Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix de la franchise	<input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours	<input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours
	<input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 120 jours	<input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 120 jours
Souhaitez-vous être garanti(e) au titre des maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis, listées à l'article 12.5 de la notice d'information ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Option 4 : option "Prévoyance" réservée aux emprunteurs assurés au titre d'un contrat Groupe - Décès / Perte Totale et Irréversible d'autonomie (P.T. I.A.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option 4 bis : garanties de l'option 4 pour le seul risque accidentel .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

OPTIONS 1, 2 et 3	OPTION 4 ou 4 bis PRÉVOYANCE						
Le Bénéficiaire de l'ensemble des garanties est : L'Organisme Prêteur, bénéficiaire acceptant (indiquer nom, adresse, code postal, ville)	Cocher le prêt concerné : <input type="checkbox"/> Prêt 1 <input type="checkbox"/> Prêt 2 <input type="checkbox"/> Prêt 3 <input type="checkbox"/> Prêt 4						
	Le bénéficiaire en cas de PTIA est l'assuré lui-même Le bénéficiaire en cas de Décès est :						
Prêt 1 LCL 1114 Grane Rue 01700 MIRIBEL	Clause standard : Le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps, non divorcé ; à défaut, le partenaire avec lequel il était lié par un P.A.C.S. ; à défaut et conjointement entre eux, les enfants vivants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs ; à défaut, le père et la mère de l'assuré, conjointement ou le survivant d'entre eux ; à défaut, les ayants droit de l'assuré.						
Prêt 2	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">1^{er} assuré</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">2^{ème} assuré</th> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Clause standard</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Clause standard</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas retenir la clause standard et désigne comme bénéficiaire en cas de décès :</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas retenir la clause standard et désigne comme bénéficiaire en cas de décès :</td> </tr> </table>	1 ^{er} assuré	2 ^{ème} assuré	<input type="checkbox"/> Clause standard	<input type="checkbox"/> Clause standard	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas retenir la clause standard et désigne comme bénéficiaire en cas de décès :	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas retenir la clause standard et désigne comme bénéficiaire en cas de décès :
1 ^{er} assuré	2 ^{ème} assuré						
<input type="checkbox"/> Clause standard	<input type="checkbox"/> Clause standard						
<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas retenir la clause standard et désigne comme bénéficiaire en cas de décès :	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas retenir la clause standard et désigne comme bénéficiaire en cas de décès :						
Prêt 3	(Indiquer précisément : le(s) nom(s), prénom(s), et date(s) de naissance du (ou des) bénéficiaire(s) et éventuellement le lien de parenté avec vous)						
Prêt 4							
Conformément à L.132-9-1 Code des assurances, vous pouvez modifier le nom du bénéficiaire désigné. Toutefois, une désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.							

COTISATIONS

Périodicité des prélèvements : Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle. Joindre le mandat de prélèvement accompagné d'un RIB ou RIP. Les droits d'entrée à l'association UGIP de 12 € seront prélevés en même temps que la première cotisation et 1 € de frais de prélèvements sera ajouté à la cotisation d'assurance à chaque échéance.

DÉCLARATIONS DE LA (DES) PERSONNE(S) À ASSURER

Je soussigné(e), demande mon admission au contrat d'assurance n° 4950 souscrit par UGIP - 2, rue Turgot - 75009 Paris, auprès d'AXA FRANCE VIE et déclare adhérer à l'association UGIP, moyennant des frais d'entrée à l'adhésion de 12 €. Je certifie avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat n° 4950 référencée 966718-04 2016, qui précise notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation, et 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.

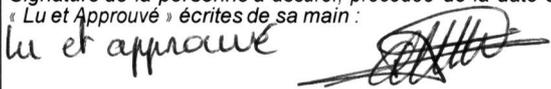
Je déclare opter pour une prise d'effet des assurances, à la date 05/12/2016 :

d'acceptation de l'offre de prêt de l'accord des garanties de l'assureur.

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) mentionné(s) ci-dessus et je reconnais savoir qu'en cas de décès, le versement de la prestation sera subordonné à la production d'un certificat médical indiquant notamment les causes du décès. Je reconnais être informé(e) : - que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de ma demande d'admission par l'assureur, responsable du traitement ; - que l'assureur, responsable du traitement de mon dossier, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion de mon dossier, à ses 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 et en avoir pris connaissance.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex.

1 ^{er} assuré	2 ^{ème} assuré
Fait à : <u>Beuvost</u> Le : <u>12/10/2016</u> Signature de la personne à assurer, précédée de la date et de la mention « Lu et Approuvé » écrites de sa main :	Fait à : _____ Le : _____ Signature de la personne à assurer, précédée de la date et de la mention « Lu et Approuvé » écrites de sa main :
	
Décision Assurance : <input type="checkbox"/> ACCEPTATION <input type="checkbox"/> EN ATTENTE AVIS ASSUREUR	Décision Assurance : <input type="checkbox"/> ACCEPTATION <input type="checkbox"/> EN ATTENTE AVIS ASSUREUR

La durée de validité des présentes déclarations est de 180 jours