



À la hauteur de vos ambitions

C r é d i t



Demande d'adhésion

DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT GROUPE A ADHESION FACULTATIVE n°V1206-0001

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 : 22-24, rue Saint Georges 75009 PARIS Au près de SwissLife Assurance et Retraite, nom commercial de : Société suisse d'Assurances générales sur la vie humaine. Siège spécial pour la France : 86, Bd Haussmann 75380 Paris Cedex 08 - 775.752.959 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances pour les contrats souscrits ou exécutés en France. SA au capital de CHF 587.350.000
Siège social à Zurich : Général Guisan, Quai 40 – RC. CH.020.5.901.324.6

Adhérent UGIP N° :

L'Adhérent (payeur de primes)

Nom et Prénom ou raison sociale
Adresse
Code Postal Ville Tél :

La personne à assurer

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
Date de naissance :/...../19..... Sexe : F M *Situation de famille : M C V D U
Profession (précise) : Email :
Adresse :
Code postal : Ville Tél :
Future adresse si différente :
Code postal : Ville à compter du :/...../.....
*Marié – Célibataire – Veuf – Divorcé – Union libre

Le Type de prêt

Prêt Amortissable (joindre tableau d'amortissement)
1. Montant du prêt€ Durée Totalemois Dont Différé demois taux d'intérêt% Montant des échéances€
2. Montant du prêt€ Durée Totalemois Dont Différé demois taux d'intérêt% Montant des échéances€
3. Montant du prêt€ Durée Totalemois Dont Différé demois taux d'intérêt% Montant des échéances€
Objet / nature : Échéance du Prêt Remboursable par : mois trimestre semestre an
En cas de différé de remboursement, ajouter les intérêts au capital, sinon seul le capital correspondant à l'amortissement linéaire sera garanti.
 Leasing / Crédit Bail : Pour une garantie portant sur les loyers (= total des loyers HT), préciser la durée totale en mois : Montant du Prêt €
(joindre tableau d'amortissement)
 prêt à taux Zéro prêt à paliers/déblocages successifs (joindre tableau d'amortissement) : montant du prêt : € Durée Totale mois Dont Différé :mois
Durée :mois Taux% montant des premières échéances :€
Durée :mois Taux% montant des échéances suivantes :€
Durée :mois Taux% montant des échéances suivantes :€
Durée :mois Taux% montant des dernières échéances :€
 Capital constant (In Fine, placement adossé, découvert, ligne de crédit) : montant du prêt :€ Durée Totale : Mois Taux : %
(joindre tableau d'amortissement)

Le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès (si autre que l'organisme prêteur, joindre les conditions particulières de l'offre de prêt)

Nom
Adresse
Code Postal Ville
A défaut :
Désirez-vous une attestation d'assurabilité ? Non Oui (si oui, joindre un acompte d'un trimestre de cotisation)

Garanties souhaitées (soumises à l'acceptation de l'assureur)

<input type="checkbox"/> souscription multiple Réduction de 10% sur toutes les garanties	Capital initial assuré suivant quotité	Cotisation annuelle
<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA	1.€ 2.€ 3.€	1.€ 2.€ 3.€
<input type="checkbox"/> Incapacité Totale de Travail Et Invalidité Permanente Totale	<input type="checkbox"/> franchise relative de 60 jours <input type="checkbox"/> franchise absolue de 60 jours <input type="checkbox"/> franchise absolue de 90 jours <input type="checkbox"/> franchise absolue de 180 jours	1.€ 2.€ 3.€
Echéance contractuelle : 1 ^{er} janvier (contrat annuel renouvelable par tacite reconduction)	Frais de Dossier	.....18,00 €
Date d'effet souhaitée :/...../..... 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.	Frais d'échéance €
Périodicité : <input type="checkbox"/> annuelle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> **mensuelle Par échéance : 1,00 € **Uniquement en prélèvement automatique (joindre RIB ou RIP et autorisation de prélèvement)	Droit d'entrée unique	..... 36,00 €
Mode de Règlement souhaité CHEQUE <input type="checkbox"/> PRELEVEMENT AUTOMATIQUE <input type="checkbox"/> Pour le prélèvement Automatique : Joindre Autorisation de Prélèvement datée et signée, accompagnée d'un RIB ou RIP.	1 ^{er} versement €

Je soussigné(e) demande à adhérer à l'UNION GENERALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP - Association Loi 1901 - Déclaration Préfecture de PARIS N° 74-1389 et simultanément au contrat groupe à adhésion facultative N° V1206-0001 souscrit par UGIP auprès de SwissLife Assurance et Retraite. Je donne mandat à UGIP ayant son siège social 2, rue Turgot 75009 PARIS pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et me représenter auprès de ceux-ci. Je verse à ce jour la cotisation à l'UGIP et déclare avoir reçu copie des statuts de celle-ci ainsi qu'un exemplaire des conditions générales valant note d'information, l'ensemble formant un tout indissociable. Je déclare avoir connaissance que je peux former toutes réclamations écrites au sujet du présent contrat auprès du Secrétaire Général de SwissLife - 86, boulevard Haussmann - 75380 PARIS CEDEX 08. Si un désaccord subsiste, le différend est soumis à l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont l'adresse sera communiquée par le secrétariat Général de SwissLife. Je déclare avoir été informé que les réponses et informations fournies dans le présent document m'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. Je bénéficie d'un délai de 30 jours pour rétracter mon engagement par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège social de l'assureur. Dans ce cas, le contrat est annulé et la cotisation versée est intégralement remboursée dans les 30 jours qui suivent la réception de la lettre recommandée. Je reconnais avoir reçu un modèle de lettre type de renonciation.

CABINET CAPVIE (N°9319)
ORIAS N° 07 005 194 (Adresse du site internet de l'ORIAS : www.orias.fr)
09Bis, Avenue du Général Leclerc 93250 VILLEMOMBLE
Tél. : 0826.620.020 Télécopie : 01.48.55.88.11
Email : gestion.adp@capvie.com

Gestion : Dynamique Liberté Patrimoine Privilège

Fait à :
Le :/...../.....
Signature de la main de l'assuré précédée de la mention
« Lu et approuvé »

DÉCLARATIONS À COMPLÉTER ET A SIGNER PAR LA PERSONNE A ASSURER

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP. Cependant si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP. Dans ce cas, vous utilisez l'enveloppe jointe à destination du médecin conseil d'UGIP.

Le questionnaire doit obligatoirement être rempli et signé par l'Assuré. Il doit être répondu sans rature ni surcharge à toutes les questions. Les traits tirés et les mentions RAS ou « néant » ne constituent pas une réponse. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration, sont celles prévues par le Code des Assurances, article L 113.8 – nullité du contrat – reproduit ci-dessous :

« **Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre** »

Nom Prénom
 Date de naissance/...../..... Email :

■ Quelle est votre profession exacte ?

Dans l'exercice de **votre profession** :

- Faites-vous plus de 15.000 km par an (en voiture ou en cyclomoteur) Oui Non

- Etes-vous amené à voyager à l'étranger ? Oui Non (Si Oui Compléter le questionnaire « déplacements Professionnels et Risque de Séjour »)

Si Oui, dans quels pays ?

■ Comporte-t-elle l'utilisation ou la manipulation d'engins mécaniques, de produits à risques, d'échafaudages et autres travaux à risques ? Oui Non Si Oui, lesquels ?

Pour quelle part de votre temps ? %

■ Pendant les cinq dernières années, avez-vous résidé (à titre professionnel) plus de 30 jours par an à l'étranger, à l'exception de l'Europe ou des Etats-Unis, ou comptez-vous y résider plus de 30 jours ? Oui Non

Si Oui, où ?

Quand ?

Pourquoi ?

■ Faites-vous du sport ? Oui Non Si Oui, précisez lesquels (et Compléter le(s) questionnaire(s) correspondant(s)) :

■ Avez-vous déjà demandé à souscrire un contrat Assurance-Vie Décès Incapacité Invalidité - Oui Non

Si Oui, pour quels montants ? € et dans quel but ?

Avez-vous été refusé ou ajourné ? Oui Non Si Oui, précisez le motif :

Avez-vous été accepté avec surprime ou exclusion ? Oui Non

Si Oui, à quelles conditions ?

****DECLARATION SPECIALE NON-FUMEUR****

Je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois. Je déclare, également, que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Fait à :
 Le :/...../.....

Signature de la main de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et approuvé »

Je soussigné(e) demande à adhérer à l'UNION GENERALE INTER PROFESSIONNELLE (UGIP - Association Loi 1901 – Déclaration Préfecture de PARIS N° 74-1389 et simultanément au contrat groupe à adhésion facultative N° V1206- 0001 souscrit par UGIP auprès de SwissLife Assurance et Retraite. Je donne mandat à UGIP ayant son siège social 2, rue Turgot 75009 PARIS pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et me représenter auprès de ceux-ci. Je verse à ce jour la cotisation à l'UGIP et déclare avoir reçu copie des statuts de celle-ci ainsi qu'un exemplaire des conditions générales valant note d'information, l'ensemble formant un tout indissociable. Je déclare avoir connaissance que je peux former toutes réclamations écrites au sujet du présent contrat auprès de du Secrétaire Général de SwissLife - 86, boulevard Haussmann 75380 PARIS CEDEX 08. Si un désaccord subsiste, le différend est soumis à l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont l'adresse sera communiquée par le secrétariat Général de SwissLife. Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je suis informé que le responsable du traitement des données personnelles est SwissLife Assurance et Retraite. L'exercice des droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, s'effectue auprès du Médecin conseil du service médical d'UGIP 22-24, rue Saint Georges 75009 PARIS. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement du dossier, dans le strict respect du secret médical, par UGIP et par SwissLife Assurance et Retraite destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier. Je bénéficie d'un délai de 30 jours pour rétracter mon engagement par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège social de l'assureur. Dans ce cas, le contrat est annulé et la cotisation versée est intégralement remboursée dans les 30 jours qui suivent la réception de la lettre recommandée. Je reconnais avoir reçu un modèle de lettre type de renonciation.

CABINET CAPVIE (N°9319)
ORIAS N° 07 005 194 (Adresse du site internet de l'ORIAS : www.orias.fr)
 09Bis, Avenue du Général Leclerc 93250 VILLEMOMBLE
 Tél. : 0826.620.020 Télécopie : 01.48.55.88.11
 Email : gestion.adp@capvie.com

Fait à :
 Le :/...../.....

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

DÉCLARATION DE SANTÉ AU CONTRAT À ADHÉSION FACULTATIVE UGIP CRÉDIT N°V1206-0001
QUESTIONNAIRE MEDICAL

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP. Cependant si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin Conseil du service médical d'UGIP. Dans ce cas, vous utilisez l'enveloppe jointe à destination du médecin conseil d'UGIP.

AVIS IMPORTANT

Le questionnaire doit obligatoirement être rempli et signé par l'Assuré. Il doit être répondu sans rature ni surcharge à toutes les questions. Les traits tirés et les mentions RAS ou « néant » ne constituent pas une réponse. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration, sont celles prévues par le Code des Assurances, article L 113.8 – nullité du contrat – reproduit ci-dessous :
« Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre »

Nom de l'Assuré..... Prénom

	Questions	Répondre par Oui ou par Non	* Si OUI : Détaillez vos réponses
1	- A votre connaissance, est-ce que chez vos parents, frères et sœurs ou enfants, un accident vasculaire cérébral, une maladie cardiaque ischémique (infarctus, maladie coronarienne), un diabète, un cancer du sein, de l'ovaire ou du côlon, une maladie neurologique, sont apparus avant l'âge de 60 ans ?	.....	Si oui, précisez quelle(s) maladie(s) ? chez combien de personne(s) ?
2	- Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des opérations, hospitalisations ou séjourné dans un établissement de soins ou de repos ?	.....	Nature Date(s) Motif(s) Séquelles :
3	- Dans un futur proche, devez vous être opéré, hospitalisé, consulter un médecin, faire des examens ou un bilan de santé ?	.....	Nature Date(s) Motif(s) Séquelles :
4	- Avez-vous déjà subi un scanner, artériographie, IRM, bilan de santé, électroencéphalogramme, ou tout autre examen (radios, ECG, échographie notamment) ?	.....	Nature : Date(s) Motif(s) Résultats :
5	- Prenez-vous des médicaments ou êtes-vous sous surveillance ou suivi médical ?	.....	Lesquel(s) Pourquoi :
6	- Présentez-vous des séquelles de maladies ou d'accidents actuels ou passés ?	.....	Nature Date(s) Limitation :
7	- Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité, privée, militaire ou accident du travail ?	.....	Indiquez le taux d'invalidité retenu :% (fournir la copie du titre de rente)
8	- Êtes-vous ou avez vous été atteint d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit (hormis affection saisonnière) ?	.....	Nature Date(s) Traitement(s) Séquelles :
9	- Suivez-vous ou avez-vous suivi des traitements ou un régime d'une durée supérieure à 30 jours ?	.....	Nature Date(s) Motif(s)
10	- Êtes-vous actuellement en arrêt de travail (total ou partiel) ou avez-vous été en arrêt de travail (total ou partiel) plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ?	.....	Nature Date(s) Motif(s)
11	VOTRE TAILLE VOTRE POIDS VOTRE TENSION ARTERIELLE..... Cet examen peut être effectué dans une pharmacie		
12	Quelle est votre consommation « chiffrée » par jour :		
	D' Alcool Aucune <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> quantité chiffrée	De Tranquillisants Aucune <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> quantité chiffrée	
	De Tabac Aucune <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> quantité chiffrée	De Stupéfiants Aucune <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> quantité chiffrée	
13	- Avez-vous subi un test de dépistage dont le résultat indique la mention « positif » concernant des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine ?	.....	Si Oui, à quelle date

Je certifie que les réponses sont sincères et véritables et affirme n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur la société d'assurance et risquer de fausser la décision qu'elle doit prendre au sujet de l'assurance proposée. Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "Informatique et libertés" modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je suis informé que le responsable du traitement des données personnelles est SwissLife Assurance et Retraite. L'exercice des droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée, s'effectue auprès du Médecin conseil du service médical d'UGIP 22-24, rue Saint Georges 75009 PARIS. Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le traitement du dossier, dans le strict respect du secret médical, par UGIP et par SwissLife Assurance et Retraite, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non examen du dossier.

Fait à le / /

Signature de la main de l'assuré précédée de la mention "Lu et approuvé"



http://www.capvie.com
Tél. 0826 620 020 (0.15eur/m)
Fax. 01 48 55 88 11
Email : commercial@capvie.com

CAPVIE Assurances
9Bis Avenue DU GENERAL LECLERC
93250 VILLEMOMBLE
RCS 48306944900021 - ORIAS 07 005 194
Code correspondant : 9319



AUTORISATION DE PRELEVEMENT

1. Inscrivez le nom et l'adresse de votre banque 2. Dated et signez 3. **VOTRE RIB DEVRA ÊTRE JOINT À CETTE DEMANDE D'ADHÉSION**

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS : J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur ci-dessous. 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 avec l'établissement émetteur.

N° National d'Emetteur
118 125

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT EMETTEUR :

U.G.I.P.
C.E.C. Gestionnaire des conventions U.G.I.P.
22-24, rue Saint Georges 75009 PARIS

COMPTE A DEBITER :

Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé R.I.B
Date		Signature :	

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

NOM			
N°		Rue	
C. POSTAL		VILLE	