

1 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE À ASSURER (SUITE)

Au cours des 2 dernières années, avez-vous fumé même à titre occasionnel, ou arrêté de fumer sur demande expresse du corps médical ? Si vous fumez des cigarettes électroniques avec ou sans nicotine, vous devez répondre « oui » à la question.

Oui (fumeur) Non (non-fumeur)

Etes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de la Norvège, de l'Islande, des Etats-Unis, du Canada, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ? Oui Non

Souhaitez-vous être garanti pour votre risque de séjour ?

Si oui, merci de compléter le questionnaire de risque de séjour Non

Si vous êtes deux assurés ayant souscrit un même contrat de prêt, vous bénéficiez d'une réduction de 10 % sur les cotisations.

Au cours des 2 dernières années, avez-vous fumé même à titre occasionnel, ou arrêté de fumer sur demande expresse du corps médical ? Si vous fumez des cigarettes électroniques avec ou sans nicotine, vous devez répondre « oui » à la question.

Oui (fumeur) Non (non-fumeur)

Etes-vous amené à voyager, à titre professionnel ou dans un but humanitaire, en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de la Norvège, de l'Islande, des Etats-Unis, du Canada, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ? Oui Non

Souhaitez-vous être garanti pour votre risque de séjour ?

Si oui, merci de compléter le questionnaire de risque de séjour Non

2 ADHÉRENT PERSONNE PHYSIQUE SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ

Mlle Mme M. Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

3 ADHÉRENT PERSONNE MORALE SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ

Entreprise adhérente ou SCI :

Dénomination sociale : _____ N° Siren : _____

Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Demande d'ouverture d'Enveloppe d'Assurance

Demande d'utilisation de l'Enveloppe d'Assurance

(Pour plus de détails, reportez vous aux modalités décrites dans le document « Votre Demande d'Enveloppe d'Assurance » disponible auprès de votre conseiller)

Correspondant dans l'entreprise ou SCI :

Mlle Mme M. Nom : _____ Prénom : _____

Bénéficiaire des garanties

Le bénéficiaire des garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle, invalidité professionnelle, incapacité temporaire totale de travail, et perte d'emploi, est chaque organisme prêteur/crédit-bailleur dont les coordonnées figurent ci-après.

Dans le cadre de l'option prévoyance, ou des adhésions effectuées par une personne physique en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur, le capital est versé en cas de décès, à l'assuré survivant, ou à défaut au conjoint de l'assuré à la date du décès, ou au partenaire auquel il est lié par un PACS à la date du décès, ou à son concubin à la date du décès, ou à ses enfants vivants ou, en cas de décès de l'un d'entre eux, ses représentants, à défaut à ses héritiers.



4 CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S) À ASSURER

Adhésion à la convention d'assurance collective n° 2428/623 en complément d'un autre contrat d'assurance emprunteur Oui Non

Prêt(s) contracté(s) auprès de (préciser le nom et adresse de l'organisme prêteur / crédit-bailleur) : _____

Nature du prêt	Capital emprunté ⁽²⁾	Durée totale (mois)	Dont différé d'amortissement (mois)	Taux nominal	Quotité assurée	Formules de garanties ⁽³⁾	Assuré		Franchise (jours)	Assuré		échéances	Assurés	
							1	2		1	2		1 et 2	1 et 2
<input type="checkbox"/> Amortissable à taux : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable ou Révisable <input type="checkbox"/> À palier ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Crédit-bail ⁽²⁾	_____ €	_____	_____	_____ %	Assuré 1 _____% Assuré 2 _____%	Décès Décès/PTIA Décès/PTIA/IPT Décès/PTIA/IPT/ITT Décès/PTIA/IPT/ITT/IPP Décès/PTIA/IP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30 60 90 180	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Périodicité Mensuelle Trimestrielle Annuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type Constantes Modulables Variables (prêt à paliers) Amortissement linéaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Amortissable à taux : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable ou Révisable <input type="checkbox"/> À palier ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Crédit-bail ⁽²⁾	_____ €	_____	_____	_____ %	Assuré 1 _____% Assuré 2 _____%	Décès Décès/PTIA Décès/PTIA/IPT Décès/PTIA/IPT/ITT Décès/PTIA/IPT/ITT/IPP Décès/PTIA/IP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30 60 90 180	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Périodicité Mensuelle Trimestrielle Annuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type Constantes Modulables Variables (prêt à paliers) Amortissement linéaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Amortissable à taux : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable ou Révisable <input type="checkbox"/> À palier ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Crédit-bail ⁽²⁾	_____ €	_____	_____	_____ %	Assuré 1 _____% Assuré 2 _____%	Décès Décès/PTIA Décès/PTIA/IPT Décès/PTIA/IPT/ITT Décès/PTIA/IPT/ITT/IPP Décès/PTIA/IP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30 60 90 180	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Périodicité Mensuelle Trimestrielle Annuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type Constantes Modulables Variables (prêt à paliers) Amortissement linéaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Amortissable à taux : <input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable ou Révisable <input type="checkbox"/> À palier ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Crédit-bail ⁽²⁾	_____ €	_____	_____	_____ %	Assuré 1 _____% Assuré 2 _____%	Décès Décès/PTIA Décès/PTIA/IPT Décès/PTIA/IPT/ITT Décès/PTIA/IPT/ITT/IPP Décès/PTIA/IP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30 60 90 180	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Périodicité Mensuelle Trimestrielle Annuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type Constantes Modulables Variables (prêt à paliers) Amortissement linéaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

(1) Pour éviter toute erreur de cotisation pour les prêts à paliers et les prêts à taux zéro, joindre une copie du tableau d'amortissement ou du plan de financement.

(2) En cas de crédit-bail : merci de préciser le montant des loyers et le montant de la valeur résiduelle.

(3) Conformément au tableau prévu à l'article 3 de la notice.



4 CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S) À ASSURER (SUITE)

La Convention AERAS prévoit la prise en charge de tout ou partie de la surprime médicale sous conditions. Dans ce cadre, merci de bien vouloir indiquer :

- si votre projet a pour but de financer votre résidence principale Oui Non
- si vous bénéficiez d'un financement à taux zéro Oui Non
- si votre prêt a pour objet le financement : d'un prêt professionnel Oui Non d'un prêt immobilier Oui Non

5 OPTIONS DEMANDÉES

	Assuré 1	Assuré 2
• Option sérénité ⁽⁴⁾ (Rachat des exclusions relatives aux atteintes discales et/ou vertébrales ou aux affections psychiatriques, de troubles anxio-dépressifs, de cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique sous conditions prévues à l'article 2.2 de la notice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Option sérénité + ⁽⁴⁾ (Rachat des exclusions relatives aux atteintes discales et/ou vertébrales ou aux affections psychiatriques, de troubles anxio-dépressifs, de cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique sous conditions prévues à l'article 2.2 de la notice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Option prévoyance en cas de décès (réservée aux cas d'adhésion par deux assurés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Extension des garanties PTIA, IPT, ITT, IP, IPP jusqu'à 70 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Option perte d'emploi (réservée aux formules 4 et 5 et aux prêts autres que les prêts relais et prêts in fine). Dans ce cas, merci de compléter et signer la déclaration d'état d'emploi disponible auprès de votre conseiller.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Je demande à être garanti pour la pratique de ce(s) sport(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- navigation et activités aériennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- activités mécaniques en compétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- plongée sous marine à plus de 10 mètres sans bouteille et à plus de 20 mètres avec bouteille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- navigation maritime et les activités nautiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sports de neige, de glace, de montagne, d'alpinisme, pratiqués hors piste et hors chemin balisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- spéléologie si équipement spécial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- canyoning, rafting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- saut à l'élastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sports de combat, la boxe s'ils ne sont pas pratiqués dans un club	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- activités équestres en compétition, courses, concours ou chasse à courre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(4) Les options sérénité et sérénité+ sont accessibles uniquement avec les franchises de 90 jours ou 180 jours.

6 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Date de prise d'effet souhaitée (il s'agit de la date de début de couverture qui déclenche le premier prélèvement) : ____ / ____ / _____

Dispositions en cas de vente à distance⁽⁵⁾ : L'adhérent et l'assuré sont informés que les garanties prennent effet, pour chacun des prêts ou des contrats de crédit bail, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'assureur, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus ou dès la date d'acceptation de l'offre de prêt/la date de conclusion du contrat de crédit-bail, si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. Ce délai court à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

(5) Vente à distance : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

7 PÉRIODICITÉ DES PRÉLÈVEMENTS

Le prélèvement de vos cotisations sera mensuel sauf si vous nous indiquez une périodicité autre ci-dessous :

Assuré 1 : Trimestrielle Annuelle Assuré 2 : Trimestrielle Annuelle



8 PAIEMENT DES COTISATIONS

Je donne mandat à CBP Solutions de prélever les cotisations sur le compte bancaire désigné sur le mandat de prélèvement que j'ai complété et signé et qui est joint à ma demande d'adhésion.

Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique. L'adhérent est informé de la possibilité de régler les cotisations par chèque établi à l'ordre de CBP sur demande écrite. En revanche, le paiement par mandat cash, n'est pas autorisé.

9 DÉCLARATIONS

L'adhérent demande à adhérer à :

- l'association UFEP (Union Française d'Épargne et de Prévoyance). La qualité de membre adhérent à l'UFEP s'acquiert par le versement d'un droit unique d'admission sans droit de reprise de 1 € offert par CARDIF,
- la convention d'assurance collective n° 2428/623 CARDIF LIBERTÉ EMPRUNTEUR à adhésion facultative, souscrite par l'UFEP auprès de CARDIF Assurance Vie et CARDIF-Assurances Risques Divers, conformément aux conditions d'admission. Des frais de dossier, d'un montant de 10 € par adhérent au titre de l'adhésion, seront prélevés en même temps que la première cotisation.

Si la formule 3, 4, 5 ou 6 a été choisie, l'(les) assuré(s) déclare(nt) sur l'honneur exercer une activité professionnelle rémunérée. L'adhérent et l'assuré reconnaissent préalablement à la demande d'adhésion avoir été informés des dispositions de la convention AERAS, avoir reçu, pris connaissance, et rester en possession de la simulation tarifaire et de la notice.

L'adhérent et l'assuré autorisent CARDIF à utiliser leur adresse électronique (e-mail), leur SMS, dans le cadre de l'exécution de leur contrat. Ces données ne seront pas utilisées à des fins de sollicitation commerciale.

En outre, ils certifient que les renseignements fournis sur la présente demande d'adhésion sont à leur connaissance exacts et prennent acte qu'une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances. Conformément aux dispositions de l'article Informatique et Libertés de la notice, les informations recueillies sont obligatoires pour réaliser l'opération d'assurance puis l'exécuter et seront utilisées pour la gestion interne de CARDIF, ses mandataires, courtiers et réassureurs. Elles pourront être communiquées à des prestataires pour l'exécution de travaux effectués pour le compte de CARDIF. L'adhérent et l'assuré peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification en s'adressant à CARDIF - Service Relation Clients - Prévoyance - 8, rue du Port - 92728 Nanterre Cedex, en joignant à leur demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature. L'adhérent peut renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours calendaires révolus conformément à l'article 9.2 de la notice.

À _____ Le _____

Signature de l'adhérent/assuré 1

Signature de l'adhérent/assuré 2

Cachet de l'entreprise adhérente
et signature de la personne habilitée pour l'entreprise

UFEP
Association régie
par la loi du 1^{er} juillet 1901
sur les Associations et
par les articles L. 141-7
et R. 141 du Code des assurances
Siège social : 1, rue des Fondrières
92000 Nanterre

CARDIF Assurance Vie
Entreprise régie
par le Code des assurances
S.A. au capital de 717 559 216 €
732 028 154 RCS Paris
Siège social : 1, boulevard Haussmann
75009 Paris
Bureaux : 8, rue du Port
92728 Nanterre Cedex
Tél. 01 41 42 83 00

CARDIF-Assurances Risques Divers
Entreprise régie
par le Code des assurances
S.A. au capital de 16 875 840 €
308 896 547 RCS Paris
Siège social : 1, boulevard Haussmann
75009 Paris
Bureaux : 8, rue du Port
92728 Nanterre Cedex
Tél. 01 41 42 83 00

CBP Solutions
S.A.S. au capital de 336 480 €
433 841 285 RCS Nantes
Siège social : 3 rue Victor Schoelcher
Bâtiment E et F - 44800 Saint Herblain
Courtier et gestionnaire du contrat,
N° ORIAS 07 009 023



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (Adhérent 1)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CBP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CBP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit 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.

*Veillez compléter les champs marqués **

Nom* Nom / Prénoms ou dénomination sociale du débiteur

Adresse* Numéro et nom de la rue
 Code Postal Ville Pays

Les coordonnées de votre compte *
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier CBP

I. C. S F R 9 6 C B P 4 0 8 0 1 0
Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier 3 r Victor Schoelcher CS 20008
 44967 Nantes cedex 9
 FRANCE

Contrat concerné **Cardif Liberté Emprunteur** Numéro d'adhésion au contrat :

Nom de l'adhérent Nom / Prénoms ou dénomination sociale de l'adhérent

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif

Signé à* le

Signature(s)/* Signature du représentant légal de la personne morale

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. 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 sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, 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'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

