

# Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



**C : COURTAGE**

Votre spécialiste en assurance de prêt



## Assurance de Prêt

DES GARANTIES LES + HAUTES  
À DES PRIX LES + BAS !



**Premium**  
emprunteur

L'univers privilégié des emprunteurs  
**DEMANDE D'ADHÉSION**



C: COURTAGE  
17 Villa du Petit Parc  
94000 CRETEIL  
Tél. : 01 45 17 68 68



# Demande d'adhésion

## CONTRAT PREMIUM EMPRUNTEUR

### Premium emprunteur

#### CADRE RÉSERVÉ AU RÉSEAU COMMERCIAL

NOM / PRÉNOM

CODE DU POINT DE VENTE

 |  |  | 

CACHET COMMERCIAL

C: COURTAGÉ  
17 Villa du Petit Parc  
94000 CRETEIL  
Tél. : 01 45 17 68 68

### Renseignements concernant la(les) personne(s) à assurer

**1<sup>ER</sup> PERSONNE À ASSURER :**  M.  Mme  Mlle Qualité :  Emprunteur  Co-emprunteur  Caution  Assuré

Nom :  Prénom :  Date de naissance :  /  /   
 Nom de jeune fille :  Département de naissance :  Lieu de naissance :   
 Pays :  Nationalité :  Profession :  CSP :  n°1  n°2  n°3  n°4  
 Etes-vous fumeur :  Oui  Non, dans ce cas vous vous engagez à compléter la Déclaration Spéciale Non-Fumeur

**2<sup>EME</sup> PERSONNE À ASSURER :**  M.  Mme  Mlle Qualité :  Emprunteur  Co-emprunteur  Caution  Assuré

Nom :  Prénom :  Date de naissance :  /  /   
 Nom de jeune fille :  Département de naissance :  Lieu de naissance :   
 Pays :  Nationalité :  Profession :  CSP :  n°1  n°2  n°3  n°4  
 Etes-vous fumeur :  Oui  Non, dans ce cas vous vous engagez à compléter la Déclaration Spéciale Non-Fumeur

**VOS COORDONNÉES ACTUELLES :** (si l'adresse des personnes à assurer est différente compléter une autre demande d'adhésion)

N° et Voie :   
 Code Postal :  Ville :  Pays :   
 Tél. :  Tél. mobile :  e-mail :

**VOS FUTURES COORDONNÉES :** Date prévisionnelle déménagement : Mois :  Année :

N° et Voie :   
 Code Postal :  Ville :  Pays :

**EMPRUNTEUR SI DIFFÉRENT DES ASSURÉS :**  SCI  Entreprise Nom/Raison Sociale :

Secteur d'activité :  N° et Voie :   
 Code Postal :  Ville :  Pays :

### Caractéristiques des prêts à assurer

Prêt	Montant Emprunté €	Type Prêt* A, I ou R	Durée totale (mois)	Durée Différé (mois)	Taux d'intérêts des prêts %	Organisme(s) Financier(s) Indiquer : Nom Organisme Adresse, Code postal, Ville
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

(\*) Prêt Amortissable : A Prêt Relais, Infine, ... : R, I (les cotisations d'assurances sur ces prêts sont calculées sur le Capital Initial emprunté)

Si la périodicité de remboursement des échéances de prêt n'est pas mensuelle, préciser (trimestriel, semestriel, annuel) :

JOINDRE VOS TABLEAUX D'AMORTISSEMENT OU OFFRES DE PRÊT CORRESPONDANTS.



# Demande d'adhésion

## CONTRAT PREMIUM EMPRUNTEUR

# Premium

emprunteur

### Garanties souscrites

Date d'effet :    /    /						
Personne à assurer	Quotité Assurée ≤ à 100 % par personne	OPTION 1 : DC/PTIA	OPTION 2 : DC/PTIA /ITT/IPT	OPTION 3 : DC/PTIA /ITT/IPT/IPP	OPTION 4 : réservée aux PHARMACIENS DC/PTIA/ Invalidité Prof.	PAIEMENT PAR PRELEVEMENT Périodicité de paiement des cotisations (1)
1 <sup>ÈRE</sup>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A
2 <sup>ÈME</sup>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bénéficiaires des Garanties : **Organisme(s) financier(s) des prêts cités ci-dessus**

(1) M : Mensuel, T : Trimestriel, S : Semestriel, A : Annuel – En cas de fractionnement, la prime sera majorée de 2 € par prélèvement, sauf paiement annuel.

**COMPLÉTER L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT ET JOINDRE UN RIB, RICE OU RIP POUR CHAQUE COMPTE À PRÉLEVER.**

Si vous avez des encours déjà assurés au titre du présent contrat, merci de préciser le montant :

1<sup>er</sup> assuré  €    2<sup>ème</sup> assuré  €

### Option PLUS : Protection Famille

Cette garantie est complémentaire aux options décrites ci-dessus. La périodicité de paiement correspond à celle choisie ci-dessus.

**OPTION 5 : PROTECTION FAMILLE :** Un capital supplémentaire pour vos proches en cas de Décès Accidentel (par exemple : pour 100 € /an, bénéficiez d'un capital supplémentaire de 100 000 €)

Personne à assurer	Protection Famille	Montant GARANTIE		Bénéficiaire	
		(Min. 20 000 € - Max. 100 % du montant assuré dans la limite de 350 000 €)			
1 <sup>ère</sup> personne à Assurer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> personne à assurer	<input type="checkbox"/> Clause standard*
2 <sup>ème</sup> personne à Assurer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> personne à assurer	<input type="checkbox"/> Clause standard*

Coût : 1‰ du capital assuré.

\* La clause standard est décrite dans la notice d'information.

La personne à assurer demande à adhérer, moyennant des frais de dossier de 20 € (par personne à assurer), à l'UGIPS EMPRUNTEUR conformément aux conditions d'adhésion à la convention d'assurance collective n° 1229 Premium Emprunteur souscrite auprès de Direct Assurance Vie.

### SIGNATURES

Nous soussignés **déclarons adhérer** à l'association UGIPS EMPRUNTEUR et demandons à adhérer simultanément au contrat PREMIUM EMPRUNTEUR n° 1229 souscrit auprès de Direct Assurance Vie, responsable du traitement et **reconnaissons** avoir reçu, pris connaissance préalablement à la présente demande d'adhésion, avoir paraphé chaque page de la notice d'information du contrat, qui précise notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation, en accepter tous les termes, et rester en possession de l'exemplaire qui nous est destiné. Nous **déclarons** avoir pris connaissance de l'article L.113-8 du code des Assurances, dont un extrait est reproduit dans la notice d'information. Si la garantie IT a été choisie, nous **déclarons sur l'honneur** exercer une activité professionnelle rémunérée. **Nous reconnaissons être averti(s) que les suites et conséquences des antécédents de santé déclarés sur le questionnaire de santé sont exclus des garanties PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE.** Nous **déclarons** être informé(s) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de notre demande d'adhésion au contrat n°1229 et que l'assureur, responsable du traitement du dossier, peut communiquer nos réponses à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion de notre dossier.

Nous disposons d'un droit d'accès et de rectification auprès du Service Information Clients – PREMIUM EMPRUNTEUR dont l'adresse figure dans la notice d'information.

Fait à : ..... Le :    /    /

Signature de la 1<sup>ère</sup> personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"

Signature de la 2<sup>ème</sup> personne à assurer précédée de "Lu et approuvé"