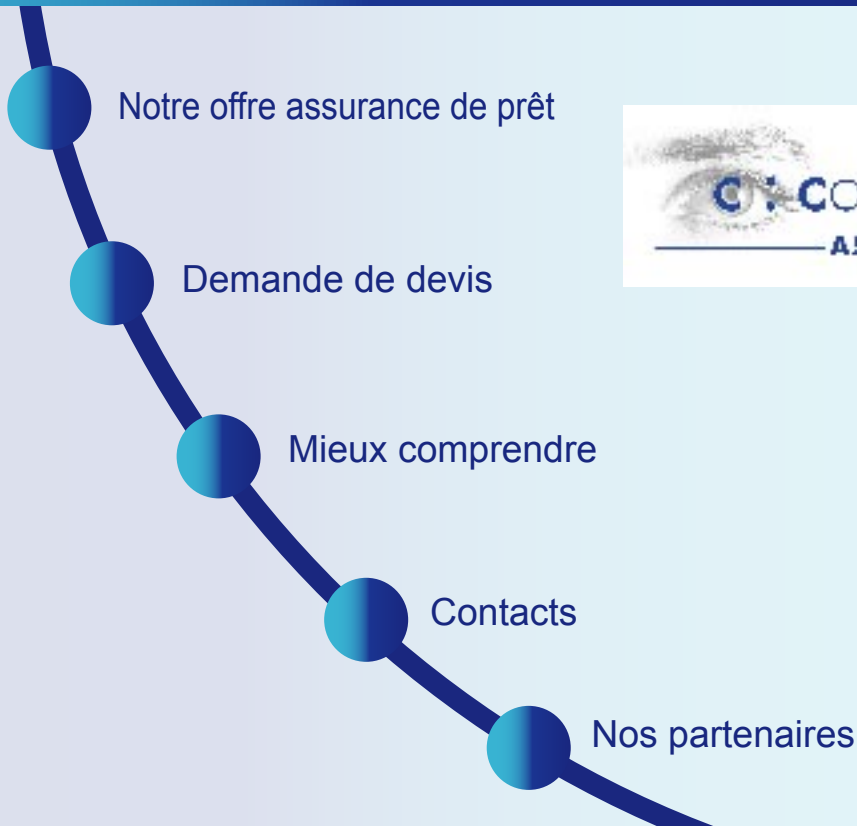


Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



PREVOYANCE-EMPRUNTEURS

Professions de Santé



Bulletin d'adhésion



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



2° C



ADHÉSION À UNIM PRÉVOYANCE - EMPRUNTEURS

DISPOSITIONS CONCERNANT LES ADHÉSIONS NOUVELLES ET LES MODIFICATIONS DE CONTRATS

- Le nom de l'adhérent/assuré doit impérativement figurer à la rubrique prévue.
- Pour les adhésions nouvelles, faire **COMPLÉTER ET SIGNER** les 4 documents prévus pour les prélèvements et joindre un R.I.B.
- Une autorisation de prélèvement par contrat. Un seul compte pour la Prévoyance.
- Pas de règlement demandé à la souscription.
ET FRAIS DE DOSSIER SI ASSURANCE EMPRUNTEUR (voir ci-dessous).
- **LES QUESTIONNAIRES MÉDICAUX ET LA LIASSE D'ADHÉSION DOIVENT ÊTRE IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉS PAR L'ADHÉRENT LUI-MÊME** (datés et signés).
- Transmettre, quand nécessaire, les rapports et dossiers médicaux complémentaires en fonction des seuils de capitaux et montants demandés.
- "Choix Madelin" : réponse **IMPÉRATIVE** et, si oui, fourniture de la carte d'Assuré Social et l'attestation fournie par la Caisse d'Assurance Vieillesse.
- En cas de modification(s), rappeler l'**ENSEMBLE DES GARANTIES** choisies et/ou maintenues.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AU CONTRAT PRÉVOYANCE

- La clause bénéficiaire doit être **OBLIGATOIREMENT COMPLÉTÉE** en cas d'adhésion ou de modification Prévoyance.
- En cas de cession en garantie, faire **COMPLÉTER LE FORMULAIRE PRÉVU** (ou contacter l'UNIM).

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AU CONTRAT ASSURANCE EMPRUNTEUR

- Transmettre, quand nécessaire, les rapports médicaux et financiers complémentaires en fonction des capitaux souscrits.
- Frais de dossier : 31 €uros.

N.B. : Pour l'ensemble des règles de souscription et de gestion se reporter au Tarif.

Note de couverture : voir page 5.

Reçu droit d'entrée UNIM : voir page 5.

IMPORTANT : Veuillez préciser le RIB professionnel (Madelin), et privé (non Madelin).



IMPORTANT: COUVERTURE ACCIDENT

CONCERNE LES CONVENTIONS N° 84 553 / 5014.819, 5014.829, 5014.820, 5014.830, 5014.821, 5014.831, 5014.822 (à l'exclusion du contrat "Emprunteurs")

Les garanties énumérées au recto sont acquises au lendemain qui suit la réception de la demande d'adhésion à l'UNIM, pour les seuls risques d'origine accidentelle, pendant une durée maximale de 90 jours à compter de la date de signature . Il est précisé qu'en cas d'une augmentation de garantie, la couverture des risques accidentels est à nouveau accordée pour le supplément de garantie demandé, pendant une durée maximale de 90 jours à compter de la date de signature.

Toutefois, en cas d'annulation entraînant une mise sans effet de la demande, la nouvelle demande d'adhésion formulée ne prendra effet, en accident comme en maladie, qu'au jour de l'acceptation par l'Assureur.

L'ensemble des garanties choisies ne sera accordé au postulant qu'après acceptation par l'assureur et sous réserve des restrictions éventuelles dont il sera informé et pour lesquelles il devra accuser réception en cas de surprime.

NB : Cette garantie n'est pas accordée en cas de demande éventuelle.

L'adhérent reconnaît avoir reçu une information concernant le droit à renonciation. Il peut renoncer à son assurance pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à partir du moment où il est informé que le contrat est conclu, en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception (voir modèle ci-dessous) à : AGF-VIE, Tour AGF NEPTUNE, 20, Place de la Seine - 92086 Paris La Défense. Nous lui rembourserons alors, dans son intégralité, la somme qu'il a versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de sa lettre recommandée.

Modèle de lettre de renonciation : références du contrat à rappeler : "Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare faire usage de la faculté de renonciation prévue à l'article L 132-5-1 du Code des Assurances et demande l'annulation ci-dessus à la date de réception de la présente lettre ainsi que le remboursement de la somme de € que j'ai réglée". Dated et signez. Remarque : si le contrat a déjà été remis, il convient de le joindre à la lettre de renonciation.

Informatique et libertés (Loi 78/17 du 6 janvier 1978). Le soussigné peut demander communication de toutes les informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de la société, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : AGF-VIE, Tour AGF NEPTUNE, 20, Place de la Seine - 92086 Paris La Défense.

AGF-VIE
Entreprise régie par le code des Assurances
SA au capital de 631 961 940 €uros
340 234 962 R.C.S. Paris

Siège social :
Tour AGF NEPTUNE
20, place de la Seine
92086 PARIS LA DEFENSE CEDEX



REÇU



UNION NATIONALE POUR LES INTÉRÊTS DE LA MÉDECINE

Reçu de M., Mme, Mlle ⁽¹⁾ : _____ NOM (en capital d'imprimerie) et PRÉNOMS

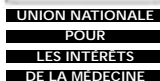
Demeurant à : _____ n° et rue
_____ code postal _____ localité

La somme de : € _____ (en chiffre) _____ (la somme en toutes lettres)

en règlement de son adhésion à l'U.N.I.M. qui fera l'objet d'un prélèvement bancaire

Pour l'U.N.I.M. :

A : _____ Le : _____



(1) rayer les mentions inutiles



QUESTIONNAIRE MÉDICAL : "PRÉVOYANCE" ET "ASSURANCE EMPRUNTEUR"

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ À REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

CONFIDENTIEL

Nom : Prénom : Date de naissance :

Vous pouvez transmettre ce questionnaire sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe au Médecin Conseil du service médical de l'UNIM. Vous y êtes invité si vous déclarez dans ce questionnaire des pathologies ou des séquelles d'accident. (voir en bas de page)

Taille (hauteur) : _____ cm poids : _____ Kg	Répondre par OUI ou par NON à chaque question	En cas de réponse positive, donner les précisions demandées.
1) Etes-vous droitier ?	<input type="checkbox"/>	
2) Etes-vous consommateur de tabac ? A) avez-vous fumé au cours des 24 derniers mois. B) avez-vous arrêté de fumer pour des raisons médicales.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quantité ?
POUR FACILITER L'APPRECIATION DU RISQUE, MERCI DE JOINDRE TOUT DOCUMENT MEDICAL EN VOTRE POSSESSION		
3) Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	Motif ?
4) Avez-vous dû interrompre votre travail plus de 15 jours consécutifs pour une maladie, un accident ?	<input type="checkbox"/>	Date de l'arrêt de travail, motif ?
5) Etes-vous actuellement ou avez-vous été soumis à un traitement médical continu ou discontinu, ou à un régime prescrit médicalement ou à une surveillance médicale ou à des examens de laboratoire ? Si oui, nom des médicaments prescrits.	<input type="checkbox"/>	Date, durée, traitements, examens ? Motif ?
6) - A Un des examens spécialisés suivant a-t-il mis en évidence un résultat anormal : une analyse de sang ou des urines, un dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine ou des hépatites, un électro-cardiogramme, une radiographie, une échographie, un scanner, une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), des examens endoscopiques ? - B Devez-vous subir prochainement un ou plusieurs de ces examens ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Le ou laquelle ? Date, durée, traitements ? A quelle date ? Pour quelle raison ?
7) Avez-vous effectué un séjour en établissement de soins, hôpital, maison de santé, établissement de cure, établissement psychiatrique (y compris en ambulatoire) ?	<input type="checkbox"/>	La ou lesquelles ? Dates :
8) Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/>	La ou lesquelles ? Dates :
9) Devez-vous en subir ?	<input type="checkbox"/>	La ou lesquelles ? Dates :
10) Prenez-vous des anxiolytiques, antidépresseurs ou neuroleptiques, même de façon occasionnelle ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?
11) Avez-vous déjà été victime d'une maladie ou d'un accident ayant entraîné des séquelles, une infirmité ou une invalidité ? En cas d'indemnisation, joindre justificatif d'attribution.	<input type="checkbox"/>	Le ou laquelle, séquelles, date ? Taux de la pension servie ?
12) Avez-vous ou avez-vous eu une ou plusieurs des maladies suivantes :	<input type="checkbox"/>	La ou lesquelles, séquelles, durée ?
A - affection cardio-vasculaire / hypertension artérielle / cholestérol _____	<input type="checkbox"/>	
B - affection respiratoire ou ORL / asthme _____	<input type="checkbox"/>	
C - affection de l'appareil digestif _____	<input type="checkbox"/>	
D - affection de l'appareil génito-urinaire _____	<input type="checkbox"/>	
E - affection allergique _____	<input type="checkbox"/>	
F - affection endocrinienne ou maladie de système (thyroïde...) _____	<input type="checkbox"/>	
G - affection neurologique _____	<input type="checkbox"/>	
H - affection de l'appareil ostéo-articulaire (traumatismes, lombalgies, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	
I - diabète _____	<input type="checkbox"/>	
J - fibromyalgie _____	<input type="checkbox"/>	
K - affection psychiatrique, spasmophilie, syndrome de fatigue chronique _____	<input type="checkbox"/>	
L - troubles de l'audition _____	<input type="checkbox"/>	
M - Cancers, leucémies, autres maladies du sang _____	<input type="checkbox"/>	
N - Pathologies oculaires, troubles de la vue _____	<input type="checkbox"/>	Type de pathologie ? Précisez acuité visuelle avant correction : • OD : • OG : après correction : • OD : • OG : nombre de dioptries : • OD : • OG :
13) Avez-vous été réformé ou exempté du service militaire ?	<input type="checkbox"/>	Date, motif, sigle ?
14) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	Depuis combien de mois ?

- Toute réticence ou fausse déclaration entraîne selon le cas l'application des sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.

- L'adhérent, seul tenu aux déclarations de l'ensemble de la demande d'adhésion, certifie que les réponses aux questions de la demande d'adhésion sont, à sa connaissance, exactes et demande qu'elles servent de base à l'établissement de l'adhésion qu'il désire souscrire. En outre, conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, l'adhérent doit déclarer spontanément les circonstances qu'il doit savoir capables d'influencer l'opinion du risque et d'amener l'assureur soit à refuser le risque soit à majorer le taux de cotisation.

Après avoir rempli ce questionnaire, l'Adhérent peut le transmettre sous enveloppe confidentielle à l'attention du médecin conseil de l'UNIM. Il y est fortement invité pour assurer la confidentialité, si au moins l'une de ses réponses est positive.

Choix de l'Adhérent :

Je mets mon questionnaire et les pièces à joindre sous enveloppe confidentielle à destination du médecin conseil de l'UNIM.

Pour des raisons personnelles, je souhaite faxer mon questionnaire et les pièces à joindre au Service Médical de l'UNIM

Signature de la personne à assurer* :

* Attention, il s'agit bien de la signature de la personne assurée et non celle de l'Adhérent. Cette signature s'additionne à celle figurant ci-dessous (elle ne s'y substitue pas) et se situe immédiatement après ces 2 champs de cases à cocher.

Je soussigné, demande à bénéficier de la convention d'assurance de groupe Prévoyance souscrite par l'UNIM auprès d'AGF-VIE et déclare accepter les conditions de l'assurance dont j'ai pris connaissance. Si je souscris mon adhésion dans le cadre de la Loi Madelin, j'atteste être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes légaux d'assurances obligatoires en produisant, avec la demande d'admission, une copie de ma carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par ma caisse d'assurance vieillesse.

En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation, l'adhésion est entachée de nullité et des peines sanctionnant cette infraction sont encourues tant par l'assureur que par l'assuré (articles L652-4 et R652-1 du code de la Sécurité Sociale)

Je certifie, après avoir pris connaissance de l'article L 113-8 du code des assurances (rappelé ci-après) que mes déclarations, contenues notamment dans le questionnaire médical, sont exactes, complètes et sincères.

Extrait de l'article L 113-8 du code des assurances : "Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou 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".

Fait à : _____

le : _____

Signature de l'adhérent et du (ou des) Assurés
(précédée de la mention "Lu et approuvé" écrite des mains du candidat à l'assurance)



CONSEILLER (nom et prénom)

Réalisateur : C: COURTAGE Code : 1 9 1 4 1 0 1 1 1 0 1 2
 Adresse : 17 Villa du Petit Parc - 94000 CRETEIL Agence :
 Téléphone : 01 45 17 68 68 Fax : 01 45 17 68 60 Courtier :
 E-Mail : assurpret@ccourtage.fr @: Autres réseaux :

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES AU RÉSEAU AGENCES (à remplir impérativement)

Nom de l'agence : Code agence :

PARRAINAGES PROPOSÉS :

FILLEUL 1 NOM : _____
 PRENOM : _____
 ADRESSE : _____

 TEL : _____

FILLEUL 2 NOM : _____
 PRENOM : _____
 ADRESSE : _____

 TEL : _____

- CONTRATS GROUPES AGF COLLECTIVES VIE :**
- N° 84553/5014.819 MÉDICAUX
 - N° 84553/5014.829 MÉDICAUX MADELIN
 - N° 84553/5014.820 PARA-MÉDICAUX
 - N° 84553/5014.830 PARA-MÉDICAUX MADELIN
 - N° 84553/5014.821 PHARMACIENS/OPTICIENS/BIOLOGISTES
 - N° 84553/5014.831 PHARMACIENS/OPTICIENS/BIOLOGISTES MADELIN
 - N° 84553/5014.818 CABINETS DE GROUPE (LIASSE SPECIFIQUE)
 - N° 84553/5014.822 CORPS MÉDICAL HOSPITALIER
 - N° 84557/5090.325 MÉDICAUX & PARA-MÉDICAUX (CRÉDIT)
 - N° 84558/5090.326 PHARMACIENS & GÉRANTS DE LABORATOIRE (CRÉDIT)
 - N° 182.075/500 COMPLEMENTAIRE SANTÉ
- CORPS MÉDICAL - VÉTÉRINAIRES - PROFESSIONS PARAMÉDICALES
 PHARMACIENS - OPTICIENS - MÉDECINE HOSPITALIÈRE



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

UNION NATIONALE
POUR
LES INTÉRÊTS DE LA MÉDECINE

1, rue Lançon
 57046 Metz Cedex
 tél 03 87 56 55 54
 fax 03 87 56 55 85

site internet : <http://www.unim.asso.fr>
 e-mail : unim@wanadoo.fr

Horaires d'ouverture : de 9 à 12 h. et de 14 à 18 h.



UNIM
 Association Loi 1901
 1, Rue Lançon
 57046 METZ CEDEX



AGF Vie
 Entreprise régie par le code des Assurances
 SA au capital de 631 961 940 Euros
 340 234 962 R.C.S. Paris
 Siège administratif
 Tour AGF NEPTUNE
 20, place de la Seine
 92086 PARIS LA DEFENSE CEDEX
 Allianz Group

