SOUSCRIT PAR UGIP
Union Générale Inter-Professionnelle

Siège Social 2, rue Turgot 75009 PARIS Association Loi 1901
Déclaration Préfecture de PARIS N° 74-1389
Services administratifs : 73-75 Rue Brillat-Savarin - 75013 PARIS

UGIP ASSURANCES

PAR L'INTERMÉDIAIRE DE :

CyberAssurances
COMPARATEUR D'ASSURANCES

37 rue de la République
69002 LYON
Code : 69102

DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE PERTE D'EMPLOI N°0170 FICL

souscrit par UGIP au profit de ses adhérents auprés de la succursale française de FICL, ci-après dénommée «GENWORTH ASSURANCES»

Résident ❑ Métropôle ❑ Guadeloupe - Martinique

QUALITÉ : ❑ MADEMOISELLE ❑ MADAME ❑ MONSIEUR

NOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... PROFESSION : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

CONDITIONS D'ADHÉSION

Je soussigné(e) demande à adhérer au contrat d'assurance Perte d'Emploi par suite de Licenciement.En apposant ma signature ci-dessous, je déclare remplir les conditions cumulatives suivantes : être une personne physique âgée d'au moins **18 ans** et de moins de **53 ans**, salariée du secteur privé et avoir pris bonne note que ce contrat garantit la perte d'emploi par suite de licenciement intervenue dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée et indemnisée par le Pôle Emploi (ex-ASSEDIC) au titre de l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi.

STATUT PROFESSIONNEL ET CHOIX DE L'INDEMNITÉ MENSUELLE

❑ *Je suis salarié **NON CADRE** inscrit en qualité de participant au régime de retraite de salariés non cadres de l'une des institutions de retraite membre de l'ARCCO.*

*Je choisis l'indemnité mensuelle suivante **(cochez la case selon votre choix) :***

❑ **100 €** ❑ **200 €** ❑ **300 €**
❑ **400 €** ❑ **500 €** ❑ **600 €**

❑ *Je suis salarié **CADRE** inscrit en qualité de participant au régime de retraite de salariés cadres de l'une des institutions de retraite des cadres membre de l'AGIRC.*

*Je choisis l'indemnité mensuelle suivante **(cochez la case selon votre choix) :***

❑ **300 €** ❑ **400 €** ❑ **500 €** **600 €**
❑ **700 €** ❑ **800 €** ❑ **900 €** **1000 €**

Je prends bonne note que l'option choisie ne doit en aucun cas me permettre de bénéficier de revenus supérieurs (prestations Pôle Emploi [ex-ASSEDIC] et autres indemnités d'assurance incluses) à ceux que j'aurais perçus en activité au titre des traitements et salaires.

Selon l'indemnité mensuelle que j'ai choisie, le montant de ma prime s'élève à la somme de :
..... € par mois TTC Date d'effet souhaitée : ..... / ..... / .....

En apposant ma signature ci-contre, je reconnais avoir reçu les conditions générales valant notice d'information, avoir pris connaissance des conditions de cette assurance, de la définition du risque garanti, des exclusions ainsi que des formalités à accomplir en cas de sinistre et je reconnais rester en possession des conditions générales valant notice d'information.

Signature de l'Assuré

Le ..... / ..... / .....

RÉF.UGIP.PEM.0170FICL.N°01032014-V01

MODE DE RÉGLEMENT SOUHAITÉ

Mode de Réglement souhaité ❑ Chèques ❑ Prélèvement Automatique (au 05 du mois)

Périodicité choisie ❑ **Mensuelle ❑ Trimestrielle ❑ Semestrielle ❑ Annuelle

**** Uniquement en prélèvement Automatique**

MANDAT S€PA

Single €uro Payments Aréa

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **UGIP ASSURANCES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter cotre compte conformément aux instructions de **UGIP ASSURANCES**.

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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé, et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

UGIP ASSURANCES

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Paiement : ☒Récurrent ☐Unique

POUR LE COMPTE DE :

SOLOGNE FINANCES / UGIP Assurances
73 – 75, Rue Brillat-Savarin
75013 PARIS

N°IBAN :

F	R																												

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

N°BIC :

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

Le : ..... / ..... / .....
SIGNATURE :

UGIP Assurances est une Marque de SOLOGNE FINANCES (courtier en assurance) Société par Actions Simplifiées au capital de 130 944 € RCS PARIS N°398 784 645 - Siret N°398 784 645 00044 Enregistrée auprés de l'ORIAS sous le N°07 005 590 (site internet de l'ORIAS www.orias.fr) et soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, Rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09. Toutes réclamations devront être adressées par voie postale à : UGIP Assurances "Service Réclamations" - 73/75, Rue Brillat-Savarin 75013 PARIS

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) : UGIP*

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) : FR 61 UGI 627957

Genworth Assurances est le nom commercial des succursales françaises respectives des entreprises Financial Insurance Company Limited (entreprise d'assurance non-vie immatriculée en France sous le numéro 479428039 au RCS de Paris et sous le numéro de société 1515187 au Royaume-Uni) et Financial Assurance Company Limited (entreprise d'assurance vie immatriculée sous le numéro 479311979 au RCS de Paris et sous le numéro de société 4873014 au Royaume-Uni), agréées par la Prudential Regulation Authority, et soumises au contrôle et de la Financial Conduct Authority et de la Prudential Regulation Authority. Chacune des entreprises est une société de droit anglais ayant son siège social à Building 11 Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londres, W4 5RX, Royaume-Uni et son établissement principal pour la France au40-42, rue La Boétie – 75008 Paris.