

Souscrit par UGIP
Union Générale Inter Professionnelle
2, rue Turgot 75009 PARIS
Association Loi 1901 – Déclaration Préfecture de PARIS N° 74-1389
Service administratifs : 22-24, rue Saint Georges 75009 PARIS



Par l'intermédiaire de :
(Cachet du Cabinet) - N°ORIAS 10055259
Adresse du site internet de l'ORIAS : www.orias.fr

Conseiller : ACE Thionville
Code : Thionville Crédit/5720

DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE PERTE D'EMPLOI N°170

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

Résident Métropole Guadeloupe -Martinique

Qualité : Mademoiselle Madame Monsieur
NOM _____
Nom de jeune fille _____
Prénom _____
Né(e) le : ____/____/____ 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 23 ans et de moins de 53 ans, salariée du secteur privé affiliée au régime de l'assurance chômage de l'UNEDIC 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 les 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 des 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 des 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 prend bonne note que l'option choisie ne doit en aucun cas me permettre de bénéficier de revenus supérieurs (prestations ASSEDIC et autres indemnités d'assurance incluses) à ceux que j'aurais perçus en activité au titre des traitements et salaires.

Selon mon statut professionnel et 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.

Le / /

MODE DE REGLEMENT SOUHAITÉ

Mode de Règlement souhaité : Chèque Prélèvement Automatique (au 5 du mois)
Périodicité choisie : **Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

**Uniquement en Prélèvement Automatique

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

1. Inscrivez le nom et l'adresse de votre banque 2. Dater 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 _____

Souscrit par UGIP
Union Générale Inter Professionnelle
2, rue Turgot 75009 PARIS
Association Loi 1901 – Déclaration Préfecture de PARIS N° 74-1389
Service administratifs : 22-24, rue Saint Georges 75009 PARIS



Par l'intermédiaire de :
(Cachet du Cabinet) - N°ORIAS 10055259
Adresse du site internet de l'ORIAS : www.orias.fr

Conseiller : ACE Thionville
Code : Thionville Crédit/5720

DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE PERTE D'EMPLOI N°170
souscrit par UGIP au profit de ses adhérents auprès de la succursale française de FICL, ci-après dénommée «GENWORTH ASSURANCES»

Résident Métropole Guadeloupe -Martinique

Qualité : Mademoiselle Madame Monsieur

NOM _____

Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Né(e) le : ____/____/____ 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 23 ans et de moins de 53 ans, salariée du secteur privé affiliée au régime de l'assurance chômage de l'UNEDIC 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 les 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 des 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 des 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 prend bonne note que l'option choisie ne doit en aucun cas me permettre de bénéficier de revenus supérieurs (prestations ASSEDIC et autres indemnités d'assurance incluses) à ceux que j'aurais perçus en activité au titre des traitements et salaires.

Selon mon statut professionnel et 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.


Le ____ / ____ / ____

Exemplaire Client