

Adhésion à la Convention La Retraite



Generali Vie, Société Anonyme au capital de 285 863 760 euros
Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris
Siège Social : 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris

Cercle des Épargnants

Fédération de l'Épargne de la Retraite et de la Prévoyance

11, boulevard Haussmann - 75009 Paris

Numéro du questionnaire de santé :

(Compléter la grille à l'identique du code barre du questionnaire de santé.)

Cadre fiscal : Loi Madelin Exploitants agricoles Assurance vie
(convention) (n° 171739) (n° 171740) (n° 174506)

Certificat d'adhésion à adresser : au Conseil ou à l'Adhérent

Code conseil : 75599

Nom : ACTIFINANCES

Nom inspecteur : _____

Nous vous remercions de bien vouloir écrire impérativement en lettres majuscules afin d'éviter toute erreur d'interprétation.

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire de santé joint à cette demande d'adhésion
Autres formalités médicales déclenchées ?

OUI NON

1. Adhérent

Qualité : M. Mme Mlle Nom _____

Prénom _____ Nom de jeune fille _____

Date de naissance Lieu de naissance _____

Code Postal de naissance Pays de naissance _____

Adresse _____

Code Postal Ville _____

Domicile fiscal : France Métropolitaine Autre _____

Situation de famille : Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Marié(e) Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité Concubin(e)

Profession (nature exacte de l'activité) _____

Statut professionnel : Artisan Commerçant Profession libérale médicale Profession libérale non médicale Gérant majoritaire

Autre (à préciser) _____

Nature de la pièce d'identité CI : Carte nationale d'identité P : Passeport PC : Permis de conduire CS : Carte de séjour

n° Délivrée le

à _____

Autorité compétente l'ayant délivrée ou authentifiée _____
(Joindre une copie de la pièce d'identité en cours de validité)

2. Personne morale payeur des cotisations pour le compte de son gérant

Raison sociale _____

Adresse _____

Code Postal Ville _____

Représentée par _____

3. Effet de l'adhésion à la Retraite

Date d'effet

Date d'échéance principale

Droits associatifs : 30 €

Coût de contrat : _____ €

4. Choix de l'option (veuillez cocher l'option retenue)

Option "Rente individuelle" Option 1

Options "Rente couple" Option 2 T réversion totale (100 %) Option 2 P réversion partielle (60 %)

(Veuillez compléter ci-après l'identité du bénéficiaire de la réversion)

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS _____

Nom de jeune fille _____ Date de naissance



**Nous vous prions de joindre OBLIGATOIREMENT À CE DOCUMENT
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB) OU DE CAISSE D'ÉPARGNE (RICE).**

N'oubliez pas de signer la demande et l'autorisation de prélèvement

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu à l'organisme bénéficiaire.

Nom, prénom et adresse du débiteur ⁽¹⁾

Date

Signature

Organisme bénéficiaire

Generali Vie

9 boulevard Haussmann

75440 Paris Cedex 09

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter ⁽²⁾
à reporter dans la partie "Autorisation de prélèvement"

Nom de l'établissement

Numéro Voie

Code postal Ville

Pays

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80-10 du 1^{er} avril 1980 de la Commission Nationale Informatique et Libertés. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données auprès du siège de Generali Vie.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

N° national d'Émetteur

102628

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'organisme bénéficiaire désigné 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 directement avec l'organisme bénéficiaire.

Compte à débiter

| | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Code Établissement | Guichet | N° du compte | Clé RIB |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| IBAN (International Bank Account Number) | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| BIC (Bank Identification Code) | | | |
| <input type="text"/> | | | |

Nom, prénom et adresse du débiteur ⁽¹⁾

Date

Signature

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter ⁽²⁾

Organisme bénéficiaire

Generali Vie

9 boulevard Haussmann

75440 Paris Cedex 09

⁽¹⁾ Vos nom et adresse.

⁽²⁾ Nom et adresse de votre organisme bancaire ou de Caisse d'épargne.



Retraite Individuelle Retraite Entreprise Prévoyance Individuelle (hors Novità)

Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance Code conseil _____

Déclarations de santé

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en cochant la case correspondante ; en cas de réponse positive à l'une des questions, merci de donner les précisions demandées et de ne rien omettre qui pourrait altérer l'appréciation du risque par l'assureur. D'une manière générale, pour les femmes, tout arrêt de travail pour congés normaux de maternité, suivi médical normal de grossesse, hospitalisation pour maternité doivent être également déclarés.

Répondez par Oui ou par Non, pour toute réponse positive, précisez plus bas la nature de l'affection, la date de début, le traitement et les séquelles ou rechutes éventuelles.

1. Souffrez-vous d'une anomalie ou malformation physique, de maladie professionnelle ou d'invalidité ? Oui Non

2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection citée ci-dessous ? (si Oui, précisez plus bas) Oui Non

• Affections de l'appareil respiratoire (ex : asthme, emphysème, ...)

Oui Non

• Affections cardiovasculaires (ex : hypertension)

Oui Non

• Affections de l'appareil digestif (ex : maladies œsophagiennes, ulcères gastriques ou duodénaux, hémorragies gastro-intestinales, colites ulcéreuses, polypes, maladies inflammatoires chroniques intestinales, maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas, ...)

Oui Non

• Affections cancéreuses

Oui Non

• Affections neurologiques ou psychiatriques (ex : dépression nerveuse, ...)

Oui Non

• Affections des os, des muscles et des articulations

Oui Non

• Affections hématologiques, immunitaires, infectieuses ou parasitaires

Oui Non

• Affections du système génito urinaire (ex : coliques néphrétiques, ...)

Oui Non

• Affections endocriniennes ou du métabolisme (ex : thyroïde, diabète, cholestérol, goutte, ...)

Oui Non

• Maladies des yeux (ex : myopie forte, cécité même unilatérale, ...) et de l'acuité auditive (ex : otites, vertiges, ...)

Oui Non

3. Êtes-vous actuellement sous contrôle ou traitement médical (y compris dans le cadre d'une grossesse) ? (si Oui, précisez) Oui Non

4. Avez-vous été en arrêt de travail de plus de trois semaines consécutives ou plus de 90 jours sur une année au cours des cinq dernières années pour maladie ou accident ? (si Oui, précisez) Oui Non

5. Avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour y subir une intervention chirurgicale ou examen spécifique (en dehors des cas suivants : ablation de l'appendice ou des amygdales ou des végétations, vésicule biliaire, maternité, IVG) ? (si Oui, précisez) Oui Non

6. Avez-vous fait l'objet d'examens cliniques (tests en laboratoire, examens spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ? (si Oui, précisez) Oui Non

7. Avez-vous fait l'objet d'une recherche HIV ou hépatite A, B, C ou D qui aurait révélé un résultat positif ? Oui Non

8. Avez-vous subi un traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ? Oui Non

(Ce questionnaire comporte une suite)

Fait à _____, le

Signature de l'assurable



Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance _____ Code conseil 75599

Déclarations de santé (suite)

9. Vous a-t-on informé que vous deviez être hospitalisé (le cas échéant, à quelle date et pour quel motif) ? Oui Non

10. Votre poids a-t-il varié de plus de 14 kg au cours des deux dernières années ? (le cas échéant, précisez la cause possible) Oui Non

11. En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il la limite indiquée dans le tableau ci-dessous ? Oui Non
(en cas de réponse positive, veuillez indiquer votre poids et votre taille : Poids _____ kgs Taille _____ cm)

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| Taille en centimètres | 140-150 | 151-155 | 156-160 | 161-165 | 166-170 | 171-175 | 176-180 | 181-185 | 186-189 | Plus de 190 |
| Poids maximum en kilogrammes | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 |

Risques spéciaux

Exercez-vous votre profession : à temps complet à temps partiel à temps partiel pour raison médicale

Sports pratiqués ? _____
 en amateur à titre professionnel avec compétitions

Signature

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur l'assureur et risquer de fausser sa décision au sujet de l'assurance proposée. J'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L 113-8 du Code des assurances).

Je déclare faire miennes toutes ces réponses qu'elles aient été renseignées par moi-même ou pré-remplies sur la base de mes propres déclarations.

J'autorise expressément l'assureur à traiter et conserver par informatique les données me concernant. Ces données sont indispensables à la gestion de mon contrat d'assurance par l'assureur ainsi qu'à ses intermédiaires, réassureurs et tout organisme y participant. À défaut, ma demande d'assurance ne pourrait être prise en considération.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données me concernant et d'opposition auprès du siège social du responsable du traitement à :

Generali Vie
11, boulevard Haussmann
75009 Paris

J'autorise l'assureur à transmettre les données médicales me concernant au service médical de tout tiers dont l'intervention est nécessaire pour l'application de l'assurance et notamment réassureurs, gestionnaires, ...

Je déclare être pleinement informé, que, quelles que soient les réponses données dans le questionnaire médical, et notamment s'il est fait mention de données médicales, j'ai la possibilité de le transmettre sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au service d'acceptation médicale de l'assureur. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte.

Si ces réponses ont été adressées ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou autorisé expressément et sans contrainte, la personne ayant effectué cette saisie.

Fait à _____, le _____

Signature de l'assurable