

# 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

Droits associatifs : 30 €

Date d'échéance principale

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











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