

Demande de souscription

Novità Emprunteur

Capital Restant Dû



GENERALI

Solutions d'assurances

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

Cabinet : Magnolia Web Assurances
CS 80255
108 Avenue de Bretagne
Le Rollon
76100 ROUEN
Code : 75581

Nom de l'Inspecteur : _____
Code : _____

Formalités médicales déclenchées : Oui Non

Merci de compléter cette demande de souscription en MAJUSCULES.

Assuré 1

M. Mme Mlle N° à reprendre sur le questionnaire de santé _____

Nom et prénom _____

Nom de jeune fille _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Code Postal _____ Pays _____

Adresse fiscale _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Téléphone professionnel _____

Adresse internet _____ Situation de famille _____

Profession/Fonction (Nature exacte de l'activité) _____

Temps complet Temps partiel Temps partiel pour raison médicale Catégorie professionnelle 1 2 3

Déclarez-vous sur l'honneur ne pas fumer, ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois, sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical ? Oui Non

Sports pratiqués : _____ en amateur professionnel avec compétition

Utilisez-vous des avions ou hélicoptères privés ? Oui Non

Assuré 2

M. Mme Mlle N° à reprendre sur le questionnaire de santé _____

Nom et prénom _____

Nom de jeune fille _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Code Postal _____ Pays _____

Adresse fiscale _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Téléphone professionnel _____

Adresse internet _____ Situation de famille _____

Profession/Fonction (Nature exacte de l'activité) _____

Temps complet Temps partiel Temps partiel pour raison médicale Catégorie professionnelle 1 2 3

Déclarez-vous sur l'honneur ne pas fumer, ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois, sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical ? Oui Non

Sports pratiqués : _____ en amateur professionnel avec compétition

Utilisez-vous des avions ou hélicoptères privés ? Oui Non

Date d'effet

La date d'effet doit correspondre à la date prévue pour la signature de l'offre de prêt par le client, date à laquelle celui-ci est engagé vis-à-vis de la banque. La date d'effet du contrat ne sera pas modifiable une fois le contrat émis.

Si la date de signature de l'offre du prêt est postérieure à celle prévue initialement, dans la limite de 3 mois et sans autre modification du prêt, l'assureur tiendra compte pour le service des prestations de l'engagement effectif de l'assuré envers la banque. En cas de décalage de plus de 3 mois, ou de date avancée par rapport à la date prévue initialement, le contrat sera annulé et ré-émis.

Montant du Prêt	Durée (mois)	Quotité (toutes garanties)		Taux	Type de Prêt
		Ass. 1	Ass. 2		
1					<input type="checkbox"/> Taux fixe <input type="checkbox"/> Taux variable <input type="checkbox"/> Échéances modulables <input type="checkbox"/> A paliers <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Différé d'amortissement - Nb mois <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____
Nom et adresse de l'organisme prêteur : _____ _____ Fax <input type="text"/>					
GARANTIES DEMANDEES ASSURE 1 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> ITT/IP 66 <input type="checkbox"/> EXO. : <input type="checkbox"/> 30 j. <input type="checkbox"/> 60 j. <input type="checkbox"/> 90 j. <input type="checkbox"/> 180 j. <input type="checkbox"/> ITP/IP 33* GARANTIES DEMANDEES ASSURE 2 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> ITT/IP 66 <input type="checkbox"/> EXO. : <input type="checkbox"/> 30 j. <input type="checkbox"/> 60 j. <input type="checkbox"/> 90 j. <input type="checkbox"/> 180 j. <input type="checkbox"/> ITP/IP 33*					
2					<input type="checkbox"/> Taux fixe <input type="checkbox"/> Taux variable <input type="checkbox"/> Échéances modulables <input type="checkbox"/> A paliers <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Différé d'amortissement - Nb mois <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____
Nom et adresse de l'organisme prêteur : _____ _____ Fax <input type="text"/>					
GARANTIES DEMANDEES ASSURE 1 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> ITT/IP 66 <input type="checkbox"/> EXO. : <input type="checkbox"/> 30 j. <input type="checkbox"/> 60 j. <input type="checkbox"/> 90 j. <input type="checkbox"/> 180 j. <input type="checkbox"/> ITP/IP 33* GARANTIES DEMANDEES ASSURE 2 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> ITT/IP 66 <input type="checkbox"/> EXO. : <input type="checkbox"/> 30 j. <input type="checkbox"/> 60 j. <input type="checkbox"/> 90 j. <input type="checkbox"/> 180 j. <input type="checkbox"/> ITP/IP 33*					
3					<input type="checkbox"/> Taux fixe <input type="checkbox"/> Taux variable <input type="checkbox"/> Échéances modulables <input type="checkbox"/> A paliers <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Différé d'amortissement - Nb mois <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____
Nom et adresse de l'organisme prêteur : _____ _____ Fax <input type="text"/>					
GARANTIES DEMANDEES ASSURE 1 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> ITT/IP 66 <input type="checkbox"/> EXO. : <input type="checkbox"/> 30 j. <input type="checkbox"/> 60 j. <input type="checkbox"/> 90 j. <input type="checkbox"/> 180 j. <input type="checkbox"/> ITP/IP 33* GARANTIES DEMANDEES ASSURE 2 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> ITT/IP 66 <input type="checkbox"/> EXO. : <input type="checkbox"/> 30 j. <input type="checkbox"/> 60 j. <input type="checkbox"/> 90 j. <input type="checkbox"/> 180 j. <input type="checkbox"/> ITP/IP 33*					
4					<input type="checkbox"/> Taux fixe <input type="checkbox"/> Taux variable <input type="checkbox"/> Échéances modulables <input type="checkbox"/> A paliers <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Différé d'amortissement - Nb mois <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____
Nom et adresse de l'organisme prêteur : _____ _____ Fax <input type="text"/>					
GARANTIES DEMANDEES ASSURE 1 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> ITT/IP 66 <input type="checkbox"/> EXO. : <input type="checkbox"/> 30 j. <input type="checkbox"/> 60 j. <input type="checkbox"/> 90 j. <input type="checkbox"/> 180 j. <input type="checkbox"/> ITP/IP 33* GARANTIES DEMANDEES ASSURE 2 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> ITT/IP 66 <input type="checkbox"/> EXO. : <input type="checkbox"/> 30 j. <input type="checkbox"/> 60 j. <input type="checkbox"/> 90 j. <input type="checkbox"/> 180 j. <input type="checkbox"/> ITP/IP 33*					

	Assuré 1	Assuré 2
Montant Global des COTISATIONS ANNUELLES de la première année indiquée sur l'étude personnalisée (sous réserve d'acceptation par l'assureur).		
Montant Global des CAPITAUX par assuré		

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 3 pages dont la 3^{ème} comporte la signature de(s) Assuré(s).

* Possible si ITT/IP66 souscrite

Prêts à paliers

Palier	Durée (mois)	Échéance (Euros)
1		
2		
3		
4		
5		

Palier	Durée (mois)	Échéance (Euros)
1		
2		
3		
4		
5		

Périodicité

Cotisation : Prime Unique Mensuelle* Trimestrielle Semestrielle Annuelle TIP**prélèvement automatique obligatoire*

Contractant

Si différent de l'assuré 1 et 2

Assuré 1

Bénéficiaire (assuré 1)

En cas de décès le ou les organismes(s) prêteur(s) figurant ci-contre à concurrence des sommes dues, le solde éventuel au conjoint de l'assuré, à défaut aux enfants vivants ou représentés de l'assuré par parts égales, à défaut aux héritiers de l'assuré.

Autre : _____

à défaut aux héritiers de l'assuré.

Assuré 2

Bénéficiaire (assuré 2)

En cas de décès le ou les organismes(s) prêteur(s) figurant ci-contre à concurrence des sommes dues, le solde éventuel au conjoint de l'assuré, à défaut aux enfants vivants ou représentés de l'assuré par parts égales, à défaut aux héritiers de l'assuré.

Autre : _____

à défaut aux héritiers de l'assuré.

Déclaration sur l'honneur

• Déclaration générale - Déclarations de l'assurable

Je confirme que toutes mes déclarations sont totalement exactes et sincères et 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).

J'ai conscience que la police d'assurance sera délivrée en fonction des informations que j'aurai communiquées, des garanties que j'aurai demandées et des besoins en assurance que j'aurai ainsi exprimés.

• Conclusion du contrat et Prise d'effet des garanties

Je(nous) soussigné(s), reconnais(sons) avoir reçu :

- la note d'information du contrat Novità Emprunteur EMPR0309, celle-ci précise notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation conformément à l'article L 132-5-1 du Code des assurances et les modalités d'examen de toute information complémentaire ainsi que l'existence d'un médiateur (article L 112-2 du Code des assurances),
- la présente demande de souscription.

1. La signature de la présente demande de souscription vaut engagement de ma (notre) part à la souscription du contrat d'assurance sur la base de ces documents et des conditions particulières qui me (nous) sont remises.

Dans ces conditions, le contrat sera réputé conclu à la date de signature de la présente demande de souscription.

2. Par dérogation, pour le cas où cette remise n'a pas été accomplie car les conditions d'assurabilité ne permettraient pas une décision immédiate de l'assureur, l'engagement définitif est reporté à la validation des conditions particulières comportant des dispositions spécifiques d'acceptation du risque.

Dans ces conditions, le contrat sera réputé conclu à la date de signature par l'assuré des conditions particulières.

Seule la production de ces conditions particulières comportant des dispositions spécifiques d'acceptation du risque permet d'écarter le principe d'engagement stipulé au paragraphe 1.

Dans tous les cas l'assureur n'est pas engagé par la présente demande de souscription même si elle est accompagnée d'un versement, notamment et y compris s'il a donné lieu à encaissement par l'assureur.

L'engagement de l'assureur ne pourra résulter que de l'émission des conditions particulières et la prise d'effet des garanties – qui peut différer de la date de conclusion du contrat – est celle mentionnée à ces conditions particulières sous réserve de l'acquiescement d'un premier versement.

• Traitement des données

J'autorise (nous autorisons) expressément l'assureur à traiter et conserver par informatique les données me(nous) concernant.

Les données à caractère personnel me(nous) concernant sont indispensables à la gestion de mon(notre)contrat d'assurance par l'assureur ainsi qu'à ses intermédiaires, réassureurs et tout organisme y participant.

À défaut, ma(notre) demande de souscription 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(nous) dispose (disposons) d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données me(nous) concernant et d'opposition auprès du siège social du responsable du traitement : Generali Vie situé au 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris.

• Renonciation

Je (nous) reconnais(sons) avoir été informé(s) de mon (notre) droit à renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où je serai (nous serons) informé(s) que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Generali Vie - 9, boulevard Haussmann - 75440 PARIS Cedex 09. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la Note d'information qui m'a (nous a) été remise.

Fait à _____, le _____

La(les) présente(s) signature(s) de la demande de souscription vaut (valent) récépissé de la remise des documents énoncés ci-dessus.

Signature Assuré 1

Signature Assuré 2



GENERALI

Solutions d'assurances

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

Questionnaire de santé

A remplir même si le rapport médical est requis

Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance Code apporteur _____

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 ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection citée ci-dessous ? (si Oui, précisez plus bas) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Affections de l'appareil respiratoire (ex : asthme, emphysème, ...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Affections cardiovasculaires (ex : hypertension) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> 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, ...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Affections cancéreuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Affections neurologiques ou psychiatriques (ex : dépression nerveuse, ...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Affections des os, des muscles et des articulations | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Affections hématologiques, immunitaires, infectieuses ou parasitaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Affections du système génito urinaire (ex : coliques néphrétiques, ...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Affections endocriniennes ou du métabolisme (ex : thyroïde, diabète, cholestérol, goutte, ...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Maladies des yeux (ex : myopie forte, cécité même unilatérale, ...) et de l'acuité auditive (ex : otites, vertiges, ...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| _____ | | |
| 3. Êtes-vous actuellement sous contrôle ou traitement médical (y compris dans le cadre d'une grossesse) ? (si Oui, précisez) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| _____ | | |
| 7. Avez-vous fait l'objet d'une recherche HIV ou hépatite A, B, C ou D qui aurait révélé un résultat positif ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Avez-vous subi un traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9. Vous a-t-on informé que vous deviez être hospitalisé (le cas échéant, à quelle date et pour quel motif) ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| _____ | | |

Ce questionnaire comporte une suite. Merci de bien vouloir signer les deux parties.

Signature

Fait à _____, le

Signature

Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance Code apporteur _____

Déclarations de santé (suite)

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

Pour un emprunt > 300 000 euros, merci de bien vouloir remplir cette partie

Pour une garantie en cas de décès supérieure à 300 000 €

Revenus annuels : ≤ 25 000 € 25 001 à 50 000 €
 50 001 à 100 000 € 100 001 € et plus

Avez-vous voyagé ou résidé à l'étranger (en dehors de l'UE) au cours des 3 dernières années ? Oui Non

Pays : _____ Durée : _____

Dans les mois à venir, allez-vous effectuer un voyage ou résider à l'étranger (en dehors de l'UE) ? Oui Non

Pays : _____ Durée : _____

Avez-vous rempli une proposition d'assurance pour des risques de décès ou d'invalidité ayant donné lieu à un refus, ajournement, restriction ou majoration ? Oui Non

Êtes-vous assuré en cas de décès ou d'invalidité par un contrat en cours de même nature ? Oui Non

Nom de l'assureur : _____

Montant assuré : _____

Date d'effet : _____ Terme : _____

Accepté au tarif normal : Oui Non

Si avec majoration, taux : _____ %

Limitations des montants assurés :

Réduction de la durée : Oui Non

Exclusions : Oui Non

Prime annuelle : _____

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 de souscription 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