

Demande de souscription

Novità Emprunteur

Capital Restant Dû



GENERALI

Solutions d'assurances

Generali Vie Société Anonyme au capital de 299 197 104 euros
Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris
Siège Social : 11 boulevard Haussmann - 75009 Paris
Société appartenant au Groupe Generali immatriculé
sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

Formalités médicales déclenchées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cabinet _____ Code _____	Nom de l'Inspecteur _____ Code _____
--	-----------------------------	---

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

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 hélicoptères ou avions 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

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 hélicoptères ou avions privés ? Oui Non

Paraphe(s)

**Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages
dont la 5^{ème} comporte la signature de l'Assuré (des Assurés) et du Contractant.**

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Conseil - 3^{ème} exemplaire : Contractant

1/5

Nom et prénom Assuré 1

Nom et prénom Assuré 2

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 de mois [] [] [] <input type="checkbox"/> Autres _____
Nom et adresse de l'organisme prêteur _____ Fax _____ GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 1 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> IP 66 <input type="checkbox"/> ITT* <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"/> IP 33* GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 2 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> IP 66 <input type="checkbox"/> ITT* <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"/> 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 de mois [] [] [] <input type="checkbox"/> Autres _____
Nom et adresse de l'organisme prêteur _____ Fax _____ GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 1 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> IP 66 <input type="checkbox"/> ITT* <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"/> IP 33* GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 2 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> IP 66 <input type="checkbox"/> ITT* <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"/> 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 de mois [] [] [] <input type="checkbox"/> Autres _____
Nom et adresse de l'organisme prêteur _____ Fax _____ GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 1 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> IP 66 <input type="checkbox"/> ITT* <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"/> IP 33* GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 2 <input checked="" type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> PTIA <input type="checkbox"/> IP 66 <input type="checkbox"/> ITT* <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"/> IP 33*						

* Possible si IP 66 souscrite.

Paraphe(s)

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages dont la 5^{ème} comporte la signature de l'Assuré (des Assurés) et du Contractant.

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Conseil - 3^{ème} exemplaire : Contractant

Nom et prénom Assuré 1 _____

Nom et prénom Assuré 2 _____

	Montant du Prêt	Durée (mois)	Quotité (toutes garanties)		Taux	Type de Prêt
			Ass. 1	Ass. 2		
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 de mois _____ <input type="checkbox"/> Autres _____

Nom et adresse de l'organisme prêteur _____

 _____ Fax _____

GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 1 Décès PTIA IP 66 ITT* EXO : 30 j 60 j 90 j 180 j IP 33*
GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 2 Décès PTIA IP 66 ITT* EXO : 30 j 60 j 90 j 180 j IP 33*

	Montant du Prêt	Durée (mois)	Ass. 1	Ass. 2	Taux	Type de Prêt
5						<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 de mois _____ <input type="checkbox"/> Autres _____

Nom et adresse de l'organisme prêteur _____

 _____ Fax _____

GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 1 Décès PTIA IP 66 ITT* EXO : 30 j 60 j 90 j 180 j IP 33*
GARANTIES DEMANDÉES ASSURÉ 2 Décès PTIA IP 66 ITT* EXO : 30 j 60 j 90 j 180 j IP 33*

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

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

Périodicité						
Cotisation	<input type="checkbox"/> Prime Unique	<input type="checkbox"/> Mensuelle*	<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Semestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> TIP
*prélèvement automatique obligatoire						

* Possible si IP 66 souscrite.

Paraphe(s)

Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages dont la 5^{ème} comporte la signature de l'Assuré (des Assurés) et du Contractant.

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Conseil - 3^{ème} exemplaire : Contractant

Nom et prénom Assuré 1 _____

Nom et prénom Assuré 2 _____

Contractant

Si différent de l'assuré 1 et 2 _____

Assuré 1

Bénéficiaire (assuré 1)

En cas de décès le ou les organisme(s) prêteur(s) figurant ci-contre à concurrence des sommes dues, le solde éventuel au conjoint de l'Assuré au sens de la définition de la Note d'information, à défaut ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut ses héritiers.

Autre _____, à défaut aux héritiers de l'assuré.

Assuré 2

Bénéficiaire (assuré 2)

En cas de décès le ou les organisme(s) prêteur(s) figurant ci-contre à concurrence des sommes dues, le solde éventuel au conjoint de l'Assuré au sens de la définition de la Note d'information, à défaut ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut ses héritiers.

Autre _____, à défaut aux héritiers de l'assuré.

Déclaration sur l'honneur

• 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 EMPR0513, 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 permettaient 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 et communication des informations

Les informations à caractère personnel recueillies par Generali Vie sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion de vos contrats.

Vos opérations et données personnelles sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci dessus, aux entités du groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires, réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, Generali Vie peut être amené à communiquer les informations à des autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés auprès de Generali Vie,

Direction de la Conformité - 7 boulevard Haussmann - 75440 Paris Cedex 09.

Paraphe(s)

**Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages
dont la 5^{ème} comporte la signature de l'Assuré (des Assurés) et du Contractant.**

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Conseil - 3^{ème} exemplaire : Contractant

4/5

Nom et prénom Assuré 1

Nom et prénom Assuré 2

Déclaration sur l'honneur (suite)

- **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.

- **Déclaration générale - Déclarations de l'assurable**

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document et notamment celles figurant sur le questionnaire de santé 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 (art. 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'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.

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

Signature du Contractant
(si différent de l'Assuré 1 et de l'Assuré 2)

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS, s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé (www.aeras-infos.fr).

**Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 5 pages
dont la 5^{ème} comporte la signature de l'Assuré (des Assurés) et du Contractant.**

1^{er} exemplaire : Assureur - 2^{ème} exemplaire : Conseil - 3^{ème} exemplaire : Contractant