

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

128, boulevard Haussmann - 75008 Paris

Número 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 : 75329

Nom : _____

Nom inspecteur : E. Werba

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

En date du

Droits associatifs : 15 €

Coût de contrat : _____ €

Les cotisations sont réglées par une personne "physique".

Échéance principale des cotisations

Les cotisations sont réglées par une personne "morale"

Date de début d'exercice fiscal

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

5. Clause Bénéficiaire

Option "Rente individuelle"

Clause standard de la Notice d'information contractuelle sauf clause stipulée ci-après :

Option "Rente couple"

Clause standard de la Notice d'information contractuelle sauf clause stipulée ci-après :

6. Plan d'investissement

Montant de la cotisation annuelle _____ €

Périodicité du paiement des cotisations : Mensuelle (prélèvement automatique obligatoire) Trimestrielle Semestrielle Annuelle

1. Je choisis de répartir mes cotisations entre la RETRAITE EN EURO et l'ÉPARGNE EN UNITÉS DE COMPTE selon l'un des deux programmes suivants :

- Programme d'investissement libre** **ou** **Programme d'investissement sécurisé**
(détail joint en annexe 1)
- RETRAITE EN EURO** : _____ %
- ÉPARGNE EN UC** : _____ %
- Total** : **100 %**

2. Pour les cotisations investies en ÉPARGNE EN UC, je choisis les fonds en unités de compte en remplissant la fiche de répartition des fonds (colonne 1).

7. Mode de règlement

Je fais le choix de régler mes cotisations par :

- Prélèvement automatique (obligatoire si la périodicité du paiement des cotisations est mensuelle)
- Titre Interbancaire de Paiement (TIP)
- Chèque (établi à l'ordre de Generali Vie)

8. Affectation du versement exceptionnel à l'adhésion

Je souhaite effectuer un versement exceptionnel de _____ € (paiement par chèque obligatoire)

Je choisis de répartir ce versement exceptionnel entre la RETRAITE EN EURO et l'ÉPARGNE EN UNITÉS DE COMPTE :

- à l'identique de la répartition des cotisations
- selon une répartition différente de celle des cotisations

RETRAITE EN EURO : _____ %

ÉPARGNE EN UC : _____ %

Total : **100 %**

Pour la partie du versement exceptionnel investie en ÉPARGNE EN UC, je choisis les fonds en unités de compte en remplissant la fiche de répartition des fonds (colonne 1bis).

9. Gestion de l'ÉPARGNE EN UNITÉS DE COMPTE (un seul choix possible)

- Plan de conversion 55** - effet 1^{er} avril
Conversion progressive de l'ÉPARGNE EN UNITÉS DE COMPTE EN RETRAITE EN EURO (détail joint en annexe 2) :

ou

- Plan de conversion libre** - effet 1^{er} avril
Conversion progressive de l'ÉPARGNE EN UNITÉS DE COMPTE en RETRAITE EN EURO
- Âge de début du Plan de conversion libre : _____ ans
 - Durée du Plan de conversion libre : _____ années (âge + durée ≤ 65 ans)

ou

- Plan de sécurisation des plus-values des OPCVM vers le fonds "GENERALI TRÉSORERIE"** - effet 1^{er} janvier
Arbitrage des Plus-values des fonds en Unités de Compte vers le fonds "GENERALI TRÉSORERIE"
- de tous les fonds en Unités de Compte
- d'une sélection de fonds en Unités de Compte (Veuillez cocher les fonds souhaités sur la fiche de répartition **Colonne 2**)

ou

- Aucun plan de conversion**

NB : Le choix de l'option est révoquant à tout moment sur simple demande écrite à :

Generali Vie - Direction Gestion Vie - RETRAITE - 9, boulevard Haussmann - 75440 PARIS CEDEX 09

10. Déclarations

Je déclare adhérer à la convention dont les conditions sont reprises dans la Notice d'information contractuelle qui m'a été remise. L'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la présente demande d'adhésion sur la base de cette demande et de la Notice d'information contractuelle qui m'a été remise, ou au plus tard à celle de l'émission du certificat d'adhésion mentionnée sur ce certificat.

La prise d'effet des garanties - qui peut différer de la date de conclusion de l'adhésion au contrat - est celle mentionnée au certificat d'adhésion et ne pourra résulter que de l'émission du certificat sous réserve de l'acquiescement d'une première cotisation.

Les garanties sont celles mentionnées à la Notice d'information contractuelle et au certificat d'adhésion assorti éventuellement d'une clause spéciale.

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.

Je déclare avoir communiqué à l'assureur, l'attestation délivrée par la Caisse d'Assurance Maladie et Vieillesse et certifiée être à jour du paiement de mes cotisations obligatoires maladie et retraite.

Je reconnais avoir reçu (n'oubliez pas de cocher la case concernée) :

- à titre de proposition et projet de contrat, la Notice d'information contractuelle de la convention "LA RETRAITE" :
 - NRMA0708 (Madelin),**
 - NRAV0708 (Assurance vie),**
 - NREA0708 (Exploitants agricoles),**incluant l'encadré réglementaire et en avoir pris connaissance, celle-ci contient notamment un modèle de lettre type destiné à l'exercice de la faculté de renonciation et en précise les conditions d'exercice ;
- les statuts de l'association Cercle des Épargnants, Fédération de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance ;
- la liste des Unités de Compte de référence ;
- l'information des modalités d'obtention des prospectus simplifiés visés par l'Autorité des Marchés Financiers relatifs aux OPCVM sélectionnés ainsi que l'adresse électronique où se procurer ces documents.

Je reconnais avoir pris connaissance des éléments tarifaires indiqués sur la Notice d'information contractuelle à l'article "Éléments tarifaires".

Traitement des données

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

Les données à caractère personnel me concernant 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'adhésion 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 :

Generali Vie
11, boulevard Haussmann
75009 Paris

Renonciation

J'ai été informé de mon droit à renoncer à l'adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé que l'adhésion est conclue.

L'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la présente demande d'adhésion ou au plus tard à celle de l'émission du certificat d'adhésion mentionnée sur ce certificat.

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 Notice d'information contractuelle qui m'a été remise.

11. Signature

Fait à _____, le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La présente signature de la demande d'adhésion vaut récépissé de la remise des documents énoncés ci-dessus.

Signature Adhérent
(agissant tant pour son compte
que pour celui de la personne morale)

Signature Conseil

Ai-je bien pensé à :

- Remplir, dater et signer ma demande d'adhésion La Retraite ?
- Cocher les références de la Notice d'information contractuelle qui m' a été remise (point 10 - Déclarations - de la demande d'adhésion) ?
- Reporter le n° du questionnaire de santé sur la demande d'adhésion ?
- Remplir, dater et signer le questionnaire de santé joint à la demande d'adhésion ?
- Remplir la fiche de répartition ?
- Remplir et signer mon autorisation de prélèvement automatique ?
- Joindre mon Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE) ?
- Joindre la photocopie de ma pièce d'identité ?



Retraite Individuelle Retraite Entreprise

Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code conseil

75329

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, il est inutile de signaler les arrêts de travail pour congés normaux de maternité, le suivi médical normal de grossesse, l'hospitalisation pour maternité, la prise de contraceptif.

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 ? (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



Solutions d'assurances



010442260010260

N° du questionnaire de santé

Assurable

Qualité : M. Mme Mlle

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Code conseil 75329

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