

# Demande de souscription Novità Emprunteur

Capital Restant Dû



Generali Vie, Société Anonyme au capital de 285 863 360 euros  
Entreprise régie par le code des assurances 602 062 481 RCS Paris  
Siège Social : 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris

CabinetAUDIT CONSEIL DE L'EST Service Emprunteur - BP 43 88302 NEUFCHATEAU CEDEX Code : 88004	Nom de l'Inspecteur : SPOHR Code :
--	---------------------------------------

Formalités médicales déclenchées :  Oui  Non

Merci de compléter cette demande de souscription en MAJUSCULE.

## 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="text"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Nom et adresse de l'organisme prêteur : _____ Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<b>GARANTIES DEMANDEES ASSURE 1</b> <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"/> ITT/IP 33* <b>GARANTIES DEMANDEES ASSURE 2</b> <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"/> ITT/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="text"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Nom et adresse de l'organisme prêteur : _____ Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<b>GARANTIES DEMANDEES ASSURE 1</b> <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"/> ITT/IP 33* <b>GARANTIES DEMANDEES ASSURE 2</b> <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"/> ITT/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="text"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Nom et adresse de l'organisme prêteur : _____ Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<b>GARANTIES DEMANDEES ASSURE 1</b> <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"/> ITT/IP 33* <b>GARANTIES DEMANDEES ASSURE 2</b> <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"/> ITT/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="text"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Nom et adresse de l'organisme prêteur : _____ Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
<b>GARANTIES DEMANDEES ASSURE 1</b> <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"/> ITT/IP 33* <b>GARANTIES DEMANDEES ASSURE 2</b> <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"/> ITT/IP 33*						
Montant Global des COTISATIONS ANNUELLES de la première année indiquée sur l'étude personnalisée (sous réserve d'acceptation par l'assureur).  <b>Montant Global des CAPITAUX par assuré</b>					<b>Assuré 1</b>	<b>Assuré 2</b>

\* 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 EMPR0208, 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'acquittement 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

# 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 R.I.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Nom, prénom et adresse du débiteur

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Date

Signature

## Organisme bénéficiaire

**Generali Vie**

9, boulevard Haussmann

75440 Paris Cedex 09

## Nom et adresse complète de l'établissement teneur du compte à débiter

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).  
Le traitement de cette autorisation de prélèvement nécessite que toutes ses rubriques soient intégralement complétées.

## 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, 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 ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection citée ci-dessous ? (si <i>Oui</i> , 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 ? (si <i>Oui</i> , 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 <i>Oui</i> , 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 <i>Oui</i> , précisez) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| _____   |                              |                              |
| 6. Avez-vous fait l'objet d'exams cliniques (tests en laboratoire, exams spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ? (si <i>Oui</i> , 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

--

