CONTRATS ENTREPRISE

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

GENERALI assurances

(Si convention en cours)

PRÉVOYANCE	N°40764	Date d'effet : ___/___/_____
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	N°40764	Date d'effet : ___/___/_____
RETRAITE	N°	Date d'effet : ___/___/_____

Option possible de la convention : ❑ 1 - 1A ❑ 1- 2

ENTREPRISE

Courtage d'Assurances
235, Cours Lafayette - 69006 LYON
Tél. 04 72 83 05 83
Fax 04 72 83 05 84
www.cofape.com
SIRET 393 961 339 00015 - APE 672 Z

COFAPE INTERNATIONAL

Formalités médicales déclenchées ? ❑ OUI ☒ NON

CLIENT

CABINET COFAPE INSPECTEUR (NOM)

PERSONNE A AFFILIER

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Profession/Fonction : _____ Salaire annuel : € _____

Salarié en tant que : ❑ cadre ❑ non cadre

Date d'entrée dans l'entreprise : ___/___/_____

A ce jour, je déclare exercer mon activité professionnelle :

❑ Normalement, à temps complet

❑ A temps partiel pour raisons médicales depuis le : ___/___/_____

❑ Etre en arrêt de travail (hors congé de maternité) depuis le : ___/___/_____

Je choisis l'option : ❑ Avec reversion ❑ Sans reversion

Conjoint : Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____

❑ M. ❑ Mme ❑ Melle

Date de naissance

___/___/_____

Situation de famille : (C, M, D, P)*
Entourer la mention utile

*Célibataire, Marié, Divorcé, Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité

Nombre d'enfants à charge : ____

BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

❑ Je désigne comme bénéficiaire en cas de décès : mon conjoint, à défaut mes enfants vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes héritiers.

❑ Cette clause ne me convenant pas, je désigne (éventuellement distinguer la prévoyance de la retraite) : _____

_____

_____

DEMANDE L'AFFILIATION AU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

SALARIÉ ❑ CADRES ❑ NON CADRES A effet du ___/___/_____

- Régime de Sécurité Sociale : ❑ Général ❑ Alsace-Moselle
- Option : ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D ❑ Isolé ❑ Famille
- Taux de cotisation : _____ %

FORMALITÉS

MERCI DE NOUS JOINDRE LA COPIE DE L'ATTESTATION DES CARTES VITALES DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU DES DERNIÈRES CARTES D'ASSURÉ SOCIAL.
Le cas échéant, joindre une copie du contrat déclarant une résidence commune pour les personnes liées par un Pacte Civil de Solidarité ou d'une attestation sur l'honneur (ou toute pièce officielle justifiant d'une adresse commune) pour les situations de concubinage et/ou d'une copie de la carte d'étudiant (ou un certificat de scolarité) pour les enfants majeurs à charge.
LA QUALITÉ DES PRESTATIONS VERSÉES AU TITRE DE VOTRE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DÉPEND DE LA BONNE RÉCEPTION DE CES ÉLÉMENTS.
Si vous voulez bénéficier de paiements par virement ou de la prestation NOEMIE*, merci de joindre un RIB (RIP ou RICE) AU NOM DE L'ASSURÉ.

*Noémie est la norme d'échanges automatiques permettant la télétransmission des décomptes de Sécurité Sociale directement de votre CPAM à votre compagnie d'assurance.

Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites sont sincères et, à ma connaissance, complètes et exactes.
Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation du risque, GENERALI Assurances Vie a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, mon adhésion sera annulée aux conditions prévues par le Code des assurances. Je reconnais avoir pris connaissance du contrat, tenu à ma disposition par le souscripteur.
J'autorise expressément GENERALI Assurances Vie à traiter et à 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 GENERALI Assurances Vie ainsi qu'à ses mandataires, réassureurs et tout organisme y participant. A défaut, ma demande de souscription ne pourrait être prise en considération. Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant et d'opposition auprès du siège social du responsable du traitement : GENERALI Assurances Vie situé au 7, boulevard Haussmann, 75440 Paris Cedex 09.

A _____, le _____

Signature du salarié
(précédée de la mention "lu et approuvé")

ACCEPTATION COMPAGNIE

Remplir et joindre le questionnaire de santé ci-joint.

Réf. 11440 H - P.L. Paris 11 - 01/2005

EXEMPLAIRE GENERALI