

**GENESTIA PROTECTION EMPRUNTEUR**

**ADHÉRENT(E) / ASSURÉ(E) - PERSONNE PHYSIQUE**

Madame    Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : [ ]/[ ]/[ ] (jours/mois/année)    Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Résidence fiscale : \_\_\_\_\_

S'il existe un co-emprunteur, Nom, prénom et date de naissance du co-emprunteur : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle (résidence principale) : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ] Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : [ ] Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Adresse future (résidence principale), en cas de déménagement prévu : \_\_\_\_\_

Date prévue de déménagement : [ ]/[ ]/[ ] (jours/mois/année)

Pratique d'un (de) sport(s) de loisir(s) :    Oui    Non    Si oui le(s)quel(s) : \_\_\_\_\_

En compétition :    Oui    Non

**Situation professionnelle :**

Profession : \_\_\_\_\_

Déplacements professionnels :    Moins de 35.000 km par an    Plus de 35.000 km par an

Travaux en hauteur :    Moins de 12 m    Entre 12 et 19 m    Plus de 20 m

Travaux manuels :    Aucun    Important, avec outillage ou charge de plus de 10 kg

Séjours à titre professionnel :    Oui    Non

Si oui dans quel(s) pay(s) : \_\_\_\_\_

**Fumeur / Non fumeur :**    Oui    Non    **Si non compléter la déclaration ci-dessous :**

<p><b>DÉCLARATION NON FUMEUR :</b> Toute modification de cette déclaration non-fumeur avant le terme de la garantie doit être signalée à l'assureur et peut entraîner une modification de tarification par avenant. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (Article L.113.8 du Code des Assurances). En cas d'omission ou de déclaration inexacte l'indemnité pourra être réduite conformément à l'article L.113.9 du Code des Assurances.</p>	<p><b>Assuré(e) :</b> je soussigné(e), _____ Déclare sur l'honneur ne pas avoir fumé du tout au cours des 24 derniers mois précédant la date d'adhésion et ne pas avoir cessé de fumer à la demande du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon adhésion à ce contrat.</p> <p>À _____ Le [ ]/[ ]/[ ]</p> <p>Signature : _____</p>
---	---

Copie Pièce d'identité du Représentant Légal de l'Entreprise Adhérente, en cours de validité :    Carte d'identité (recto/verso)    Passeport (2 pages)    Titre de séjour

**ADHÉRENT(E) – PERSONNE MORALE**

**Raison sociale :** \_\_\_\_\_ **Nom commercial :** \_\_\_\_\_

Adresse du siège social : \_\_\_\_\_

N° Siren / Siret : [ ] **Forme juridique :** \_\_\_\_\_

**Identité du Représentant Légal :**

Madame    Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : [ ] Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Bénéficiaires effectifs : \_\_\_\_\_

Copie Pièce d'identité du Représentant Légal de l'Entreprise Adhérente, en cours de validité :    Carte d'identité (recto/verso)    Passeport (2 pages)    Titre de séjour

## CARACTÉRISTIQUES DU (DES) PRÊT(S)

**Objet du financement :** Résidence principale Résidence secondaire Travaux Investissement locatif Prêt professionnel Autre

**Origine :** Mise en place d'un prêt Reprise d'un prêt en cours

**Date de déblocage des fonds prévue :** [ ]/[ ]/[ ]

Prêt	Montant	Type de prêt (1)	Durée en mois	Dont différé en mois	Taux en %	Taux variable	Périodicité (2)	Prêteur ou Organisme Prêteur
1	€				[ ] [ ] [ ] [ ] %			
2	€				[ ] [ ] [ ] [ ] %			
3	€				[ ] [ ] [ ] [ ] %			
4	€				[ ] [ ] [ ] [ ] %			

(1) Type de prêt : A pour Amortissable / IF pour in fine / P pour prêt à Palier / PTZ pour Prêt à Taux Zéro / R Pour relais.

(2) Périodicité de l'amortissement : M pour Mensuelle / T pour Trimestrielle / S pour Semestrielle / A pour Annuelle.

## CHOIX DES GARANTIES

**Date d'effet souhaitée\* :** [ ]/[ ]/[ ]

**Pourcentage de couverture :** [ ] [ ] [ ] [ ] %

\*Se référer à l'article « prise d'effet des garanties » de la notice d'information.

Si l'origine est la reprise d'un prêt en cours, alors la date d'effet correspond à la date de substitution d'assurance emprunteur.

Prêt	Décès / PTIA	+ IPT + ITT** + ITP	+ IPT + ITT** + ITP + IPP	Option Perte d'emploi	Option Rachat exclusion «dos/psy» (en cas d'IPT ou ITT** ou IPP)
1					
2					
3					
4					

\*\*En cas de choix de la garantie ITT, précisez la franchise choisie : 30 j 60 j 90 j 180 j

## PÉRIODICITÉ DES COTISATIONS

Prélèvement : (frais d'échéances fixes : 1,90€ par prélèvement)

Joindre un RIB de l'Adhérent(e) / Assuré(e) et le mandat de prélèvement SEPA complété et signé.

Mensuelle

Trimestrielle

Semestrielle

Annuelle

## BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ PRÉALABLEMENT AU DÉBLOCAGE DES FONDS

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) en cas de décès, entre la date d'effet des garanties et la date de déblocage des fonds :

Le conjoint de l'assuré non séparé judiciairement, à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'assuré.

Autre clause : \_\_\_\_\_, à défaut les héritiers de l'assuré.

## BÉNÉFICIAIRE(S) DES GARANTIES DU (DES) PRÊT(S) A COMPTER DE LA DATE DU DÉBLOCAGE DES FONDS

Par défaut, l'établissement prêteur est le bénéficiaire acceptant des garanties.

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (CADRE RÉSERVÉ AU CONSEILLER)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Nous vous invitons à consulter le paragraphe « Information sur la Protection des Données Personnelles » de la notice d'information et la rubrique « Protection des données personnelles » sur le site [www.nevidis.fr](http://www.nevidis.fr) et dans votre espace personnel.

Dans le cadre de la dématérialisation de la relation commerciale, certains documents relatifs à l'exécution du contrat vous seront adressés par courrier électronique, à l'adresse que vous avez communiquée à cette fin, ou mis à disposition sur votre espace client; vous serez alors informé par mail de leur mise à disposition. Vous pouvez à tout moment vous opposer à l'utilisation de ces supports et recevoir ces documents en format papier en vous adressant à votre conseiller ou intermédiaire d'assurance.

Vous pouvez exercer vos droits relatifs à la protection de vos données personnelles sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

- auprès de NEVIDIS : à l'adresse mail [dpo@nevidis.fr](mailto:dpo@nevidis.fr) ou à l'adresse postale NEVIDIS - 23 rue Royale - 75008 Paris
- auprès de Generali Vie : à l'adresse mail [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr) ou à l'adresse postale Generali – Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.

**En qualité d'assuré, je consens à ce que mes données de santé soient utilisées pour la gestion de mon contrat d'assurance.**

## SIGNATURES

**Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information n°02/NV-NEEMP1/1912-00 Genestia Protection Emprunteur. Je m'engage à conserver cette notice d'information et un exemplaire du présent bulletin d'adhésion pour la durée de mon adhésion. En signant le bulletin d'adhésion, j'accepte sans réserve d'adhérer à l'association dont les frais d'adhésion d'un montant de 18 € seront prélevés avec la première cotisation.**

**Je m'engage à faire parvenir au médecin conseil de l'assureur mon dossier d'état de santé entièrement rempli, ceci conformément à ce qui m'est demandé.**

**J'ai enfin bien pris note que, conformément à l'article L.132-5-1 du Code des Assurances, je peux renoncer à mon adhésion dans un délai de trente jours à compter du paiement de la première cotisation. Il me suffit d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception à NEVIDIS selon le modèle figurant à l'article « Renonciation » de la notice d'information. L'assureur s'engage à me rembourser, dans un délai de trente jours à compter de la réception de ma lettre, l'intégralité des sommes déjà versées au titre de mon adhésion. Cette renonciation met fin à l'adhésion et aux engagements de l'assureur.**

Fait à : ..... Le : / /

Nom et cachet du Conseiller :

Signature de l'Adhérent(e) si différent de l'Assuré(e) :  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature de l'Assuré(e) :  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Le présent document est établi en autant d'exemplaires que de parties.



### ASSURÉ PAR

**GENERALI VIE**, société appartenant au groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le 026 – S.A. au capital de 336.872.976 euros – RCS Paris 602.062.481 – Entreprise régie par le Code des assurances – 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris



### GÉRÉ PAR

**NEVIDIS**, groupe DLPK – 23 rue Royale, 75008 Paris S.A.S. au capital de 836.884 euros – RCS Lille Métropole 843.803.404 - Société de Courtage d'Assurances immatriculée sous le N°ORIAS 18 008 146 – Siège social 215 avenue Le Nôtre, 59100 Roubaix



### DISTRIBUÉ PAR

**Nortia Protect** est une marque de Nortia – 215 Avenue Le Nôtre - BP 90335, 59056 ROUBAIX Cedex 1 SAS au capital de 2 007 786,65 euros – RCS Lille Métropole 398 621 102 000 43 – Société de Courtage d'Assurance et Courtier en Opérations de Banque et en Services de Paiement Immatriculée sous le n° ORIAS 07 001 890

Paraph(e)s