



Votre conseil : (L153)
CLG FINANCES
9 RUE D'ARTOIS
75008 PARIS
Téléphone : 0140259685
Télécopie : 0140259688



02521003451 7T

Novità CONDITIONS PARTICULIERES

Contrat n° : 521003451

CONTRACTANT

Madame BOTTE Aline
15 RUE HONORE DE BALZAC
91220 BRETIGNY SUR ORGE

ASSURE

Madame BOTTE Aline
15 RUE HONORE DE BALZAC
91220 BRETIGNY SUR ORGE
Née le : 13/05/1953

QUESTIONS RELATIVES AU RISQUE

Quelle profession exercez-vous (nature exacte de l'activité) ?

secrétaire

L'exercice de votre profession se fait-il à temps complet, à temps partiel, à temps partiel pour raison médicale ?

Temps partiel

Utilisez-vous des avions ou hélicoptères privés ? Non

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 ? Non

TARIF APPLIQUE

Catégorie professionnelle: 1

Tarif : Femme Fumeur

GARANTIES SOUSCRITES

DECES

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

CARACTERISTIQUES DU CONTRAT

CAPITAL ASSURE : 30 000,00

DATE D'EFFET : 05/05/2008

DATE TERME : 04/05/2028

L'article 10 "indexation" des conditions générales est applicable au présent contrat.



Votre conseil : (L153)
CLG FINANCES
9 RUE D'ARTOIS
75008 PARIS
Téléphone : 0140259685
Télécopie : 0140259688

Contrat n° : 521003451

COTISATIONS

COTISATION : 18,24 €
PERIODICITE : Mensuelle DUREE : 240 mois
PREMIERE ECHEANCE : 05/05/2008 DERNIERE ECHEANCE : 05/04/2028

Coût de contrat : 15,00 € ce coût de contrat s'ajoute à la première cotisation.

CARACTERISTIQUES DES PRELEVEMENTS AUTOMATIQUES

Les cotisations seront prélevées sur le compte :

Code Etablissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
30002	00431	0000092659E	16

Chaque mois, le premier prélèvement intervenant le 05/05/2008.

CLAUSE BENEFICIAIRE

le conjoint de l'assuré(e), à défaut les enfants vivants ou représentés de l'assuré, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré(e).



Votre conseil : (L153)
CLG FINANCES
9 RUE D'ARTOIS
75008 PARIS
Téléphone : 0140259685
Télécopie : 0140259688

Contrat n° : 521003451

TAUX DE COTISATION

La cotisation Mensuelle est déterminée par application au capital assuré des taux de cotisations suivants fixés pour 10 000 euros de capital assuré :

Du	Au	Taux*	Du	Au	Taux*
05/05/2009	04/05/2010	6,34	05/05/2010	04/05/2011	6,59
05/05/2011	04/05/2012	6,82	05/05/2012	04/05/2013	7,20
05/05/2013	04/05/2014	7,63	05/05/2014	04/05/2015	8,16
05/05/2015	04/05/2016	8,74	05/05/2016	04/05/2017	9,43
05/05/2017	04/05/2018	10,16	05/05/2018	04/05/2019	11,39
05/05/2019	04/05/2020	12,43	05/05/2020	04/05/2021	13,59
05/05/2021	04/05/2022	14,89	05/05/2022	04/05/2023	16,39
05/05/2023	04/05/2024	18,11	05/05/2024	04/05/2025	20,01
05/05/2025	04/05/2026	22,15	05/05/2026	04/05/2027	24,57
05/05/2027	04/05/2028	27,35			

(*) Les taux de cotisation sont indiqués taxes actuellement en vigueur incluses, toute évolution éventuelle des taxes selon la législation future serait de nature à modifier ces taux.

TCCPT/MP / 2017/208



Votre conseil : (L153)
CLG FINANCES
9 RUE D'ARTOIS
75008 PARIS
Téléphone : 0140259685
Télécopie : 0140259688

Contrat n° : 521003451

- Je soussigné, reconnais avoir reçu, outre les présentes conditions particulières du contrat qui comportent 4 pages :
 - la note d'information du contrat Novità TEMP0208 qui m'a été remise contenant notamment un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation
La signature du présent document vaut réception de la remise des documents énoncés ci-avant.
 - le questionnaire de santé n° 010350860724864 (*)
 - et le cas échéant, la demande de souscription que j'aurai préalablement remplie

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

- Je confirme que les quotités et garanties souscrites parmi les garanties proposées correspondent aux besoins tels que je les ai exprimés.
- 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'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. A défaut, ma demande de souscription ne pourrait être prise en considération. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 telle que modifiée par la Loi du 06/08/2004, 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 situé au 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.
- Je peux renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date indiquée ci-après. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Generali 9 boulevard Haussmann 75440 Paris Cedex 09.
Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la note d'information du contrat.

(*) ces éléments concernent l'assuré seul s'il est différent du contractant

Fait à Paris, le 09 Mai 2008

Contractant Assuré

Generali



Votre conseil : (L153)
CLG FINANCES
9 RUE D'ARTOIS
75008 PARIS
Téléphone : 0140259685
Télécopie : 0140259685

Novità

RECAPITULATIF DES INFORMATIONS SAISIES AU 09/05/2008

PROPOSITION N° GA0035365

PREMIERE PERSONNE A ASSURER

Madame BOTTE Aline
15 RUE HONORE DE BALZAC
91220 BRETIGNY SUR ORGE
Questionnaire Médical : 010350860724864
Date de naissance : 13/05/1953
Tarif : fumeur
Profession : secretaire Temps partiel
Classe de la profession 1

CAPITAL A ASSURER

Date d'effet : 05/05/2008

Capital (en euros)	Durée (en mois)
30 000,00	240

DETAIL DES GARANTIES

Assuré
DECES
PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

CLAUSE BENEFICIAIRE Madame BOTTE Aline

le conjoint de l'assuré(e), à défaut les enfants vivants ou représentés de l'assuré, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré(e).

PAIEMENT Madame BOTTE Aline

Périodicité : Mensuelle
Règlement : Prélèvement automatique

Titulaire du compte : BOTTE Aline			
Domiciliation : CL			
Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
30002	00431	0000092659E	16

Generali : 9 boulevard Haussmann 75440 Paris Cedex 09 - Téléphone : 01 58 38 27 00

Generali Iard, S.A. au capital de 59 493 775 euros - Entreprise régie par le code des assurances 552 062 663 R.C.S. Paris
Generali Vie, S.A. au capital de 285 863 360 euros - Entreprise régie par le code des assurances 602 062 481 R.C.S. Paris



Votre conseil : (L153)
CLG FINANCES
9 RUE D'ARTOIS
75008 PARIS
Téléphone : 0140259685
Télécopie : 0140259685

ECHEANCIER

Les cotisations sont calculées sur le capital total la première année, puis sont données pour 10.000 euros de capital assuré les années suivantes :

Assuré	
Période	Montant de la cotisation Mensuelle
du 05/05/2008 au 04/05/2009	18,24
du 05/05/2009 au 04/05/2010	6,34
du 05/05/2010 au 04/05/2011	6,59
du 05/05/2011 au 04/05/2012	6,82
du 05/05/2012 au 04/05/2013	7,20
du 05/05/2013 au 04/05/2014	7,63
du 05/05/2014 au 04/05/2015	8,16
du 05/05/2015 au 04/05/2016	8,74
du 05/05/2016 au 04/05/2017	9,43
du 05/05/2017 au 04/05/2018	10,16
du 05/05/2018 au 04/05/2019	11,39
du 05/05/2019 au 04/05/2020	12,43
du 05/05/2020 au 04/05/2021	13,59
du 05/05/2021 au 04/05/2022	14,89
du 05/05/2022 au 04/05/2023	16,39
du 05/05/2023 au 04/05/2024	18,11
du 05/05/2024 au 04/05/2025	20,01
du 05/05/2025 au 04/05/2026	22,15
du 05/05/2026 au 04/05/2027	24,57
du 05/05/2027 au 04/05/2028	27,35

Ce document est non contractuel.

Generali : 9 boulevard Haussmann 75440 Paris Cedex 09 - Téléphone : 01 58 38 27 00

Generali Iard, S.A. au capital de 59 493 775 euros - Entreprise régie par le code des assurances 552 062 663 R.C.S. Paris
Generali Vie, S.A. au capital de 285 863 360 euros - Entreprise régie par le code des assurances 602 062 481 R.C.S. Paris