

DEMANDE DE SOUSCRIPTION

Souscription Modification du contrat

Rente Dépendance



Nom de l'entreprise

VOTRE SITUATION PERSONNELLE

Civilité : F M

Nom

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance Lieu de naissance

N° de Sécurité sociale

Situation de famille :

célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Portable

e-mail

VOTRE CONTRAT RENTE DÉPENDANCE

• **Montant de la rente mensuelle choisi :** €
(Minimum 100 € / Maximum 3 000 €) par tranche de 100 €, y compris en cas d'augmentation ou de diminution du montant garanti.

Un capital « Proche Dépendant » de 2 000 € est également versé en cas de dépendance du père et/ou de la mère de l'assuré.

Option « Forfait repos de l'aidant » (60 €/jour dans la limite de 10 jours/an en continu ou discontinu)

• **Cotisation mensuelle :** €

Les cotisations sont celles de l'année en cours et sont susceptibles d'évolution, au 1er janvier de l'année suivante, selon les dispositions mentionnées aux Conditions Générales régissant votre contrat.

J'autorise le prélèvement automatique des cotisations sur mon compte bancaire. Le fractionnement (mensuel, trimestriel, semestriel) est autorisé si la cotisation annuelle est supérieure ou égale à 100 €. Remplir et signer le mandat SEPA ci-joint et joindre un RIB.

BÉNÉFICIAIRE DU CAPITAL DE LA GARANTIE ACCESSOIRE DÉCÈS INCLUSE (en cas de décès du souscripteur avant la reconnaissance d'un état de dépendance)

Je déclare attribuer le capital garanti en cas de décès (cochez l'une des deux options) :

Désignation contractuelle : aux bénéficiaires mentionnés à l'article 9.2.1 des Conditions Générales Rente Dépendance référencées CG/HA/RENTE DEPENDANCE/01.2017

Désignation personnalisée : la désignation personnalisée peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Vous pouvez à tout moment pendant la durée de votre contrat modifier votre désignation si celle-ci n'est plus appropriée sauf si le bénéficiaire a accepté la désignation avec votre accord exprès. Dans ce dernier cas, la désignation devient irrévocable.

ENGAGEMENT

Je demande l'exécution de mon contrat à la date d'effet du (sous réserve que celle-ci se situe dans la période de 3 mois suivant la réception par Malakoff Humanis Assurances de la Demande de souscription). À défaut, la souscription prend effet le premier jour du mois civil qui suit l'acceptation médicale, sous réserve du paiement de la première cotisation.

L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le souscripteur peut renoncer à son contrat Capital Dépendance pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la réception par ses soins du Certificat d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au centre de gestion dont les coordonnées figurent sur la lettre accompagnant le Certificat d'adhésion. Elle peut être faite selon le modèle de rédaction suivant: « **Je soussigné (nom, prénom, adresse) déclare renoncer au contrat Capital Dépendance souscrit à effet du .../ .../ ..., et demande le remboursement des cotisations versées, soit la somme de..... euros, dans un délai de 30 jours suivant la date de réception de ma demande. Fait à ...Le..., Signature** ».

La rémunération perçue par le personnel de Malakoff Humanis Assurances au titre de la distribution du contrat à la nature d'un salaire.

Je certifie avoir été sollicité(e) par mon conseiller pour déterminer mes besoins et exigences en matière de couverture prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à ma situation préalablement à la souscription aux présentes conditions générales.

Préalablement à la signature de la demande de souscription, je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit référencé DIP/HA/RENTE DEPENDANCE/012020, du présent contrat (la demande de souscription et les Conditions Générales référencées CG/HA/RENTE DEPENDANCE/01.2017 que j'accepte).

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Malakoff Humanis Assurances, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

En cochant cette case, j'accepte de recevoir par voie électronique des informations concernant les offres de produits et services de Malakoff Humanis et de ses filiales.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : <http://www.bloctel.gov.fr>.

Fait à le

Signature précédée de « Lu et approuvé »

Produit ciblé P@ : Code Libellé