



## SITUATION DE FAMILLE

Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire  Union libre concubinage  Pacsé(e)

### Conjoint / Concubin / Pacsé

Nom ..... Nom de naissance .....

Prénom ..... Date de naissance .....

Profession .....

### Enfants

Nom	Prénom	Date de naissance
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

## GARANTIES PRÉVOYANCE PH SERVICES

Contrat prévoyance PH Services : Conventions n° 107212 ou n°107213 et Conventions n° 109503 ou n°109504 (pour les MCUPH ou PUPH)

### Capital Décès

Date d'effet souhaitée\* .....

\* au plus tôt le lendemain, 0 heure, de l'acceptation de votre dossier

Désignation de bénéficiaires :

**Clause contractuelle** : Sauf désignation contraire faite par l'assuré, le capital est payé au conjoint non séparé de droit ni divorcé, à défaut aux enfants nés et à naître par parts égales, à défaut aux parents par parts égales, à défaut aux héritiers.

**Autre désignation** : pour les désignations nominatives, veuillez indiquer : nom, nom de naissance, prénoms(s), date de naissance, commune, département et pays de naissance, adresse du domicile principal, quote-part du capital :

« Je désigne .....

.....

....., à défaut mes héritiers. »

« Vous pouvez vous reporter à la notice explicative en dernière page pour vous aider à rédiger votre désignation. Il est rappelé que vous pouvez à tout moment modifier votre choix (notamment en cas de changement de situation familiale) en remplissant un nouveau formulaire de désignation de bénéficiaire du capital décès »

## GARANTIES EN OPTION (FACULTATIVES)

### Option Rente éducation Convention n° 107214

Oui  Non Date d'effet souhaitée\* .....

\* au plus tôt le lendemain, 0 heure, de l'acceptation de votre dossier

Désignation de bénéficiaires (les enfants à charge désignés ci-dessous) :

.....

.....

### Option Capital Décès - IAD supplémentaire Convention n° 107215

Oui  Non Date d'effet souhaitée\* .....

\* au plus tôt le lendemain, 0 heure, de l'acceptation de votre dossier

Classe de garantie  N°1  N°2  N°3  N°4  N°5  N°6

Désignation de bénéficiaires :

**Clause contractuelle** : Sauf désignation contraire faite par l'assuré, le capital est payé au conjoint non séparé de droit ni divorcé, à défaut aux enfants nés et à naître par parts égales, à défaut aux parents par parts égales, à défaut aux héritiers.

**Autre désignation** : pour les désignations nominatives, veuillez indiquer : nom, nom de naissance, prénoms(s), date de naissance, commune, département et pays de naissance, adresse du domicile principal, quote-part du capital :

« Je désigne .....

.....

....., à défaut mes héritiers. »

« Vous pouvez vous reporter à la notice explicative en dernière page pour vous aider à rédiger votre désignation. Il est rappelé que vous pouvez à tout moment modifier votre choix (notamment en cas de changement de situation familiale) en remplissant un nouveau formulaire de désignation de bénéficiaire du capital décès »

### Option Rente de Conjoint *Convention n° 107216*

\* au plus tôt le lendemain, 0 heure, de l'acceptation de votre dossier

Classe de garantie  N°1  N°2  N°3  N°4

Oui  Non Date d'effet souhaitée\* .....

### Option Gardes et Astreintes *Convention n° 107217*

\* au plus tôt le lendemain, 0 heure, de l'acceptation de votre dossier

Classe de garantie  A  B  C

Oui  Non Date d'effet souhaitée\* .....

## MODALITÉS DE RÉGLEMENT DE VOTRE COTISATION

Par chèque

Par prélèvement :  Mensuel  Trimestriel  Semestriel  Annuel

\* Champs facultatifs

Je soussigné(e) M.....

- avoir pris connaissance des notices d'information des garanties souscrites qui sont jointes à ce Bulletin, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire. Je demande mon adhésion aux régimes souscrits auprès de Generali Vie,
- avoir pris connaissance des statuts de l'Association PH SERVICES disponibles sur le site internet [www.ph-services.org](http://www.ph-services.org).
- demande à adhérer à l'Association PH SERVICES.

Je reconnais être informé(e) sur les dispositions suivantes relatives aux données personnelles collectées via ce Bulletin d'Adhésion ainsi que son questionnaire médical joint.

- les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de la demande d'assurance ;
- ces données font l'objet de traitements informatiques par SG Santé et C2P Conseil en Protection des Personnes pour la gestion de votre contrat, des réclamations ainsi que pour la gestion de la fraude et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance, ainsi qu'à nos prestataires ou toute personne appelée à les connaître dans le cadre de la gestion d'un sinistre et toute personne ou organisme habilité au titre des tiers autorisés ;
- ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les produits et services C2P et, le cas échéant, de ses partenaires, en accord avec l'Association PH SERVICES.
- les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec SG Santé et C2P Conseil en Protection des Personnes sont susceptibles d'être analysés et enregistrés pour mesurer et améliorer la qualité de service et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données personnelles ne peuvent être communiquées qu'à SG Santé et C2P Conseil en Protection des Personnes et à ses prestataires. Etant entendu que les enregistrements téléphoniques sont conservés au maximum deux mois.
- Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition pour motif légitime et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie recto-verso de votre pièce d'identité à : C2P Conseil en Protection des Personnes - 6 rue des Aulnes - 69410 Champagne-au-Mont-d'Or ou Gestion administrative - SG Santé-PH Services 14 rue Joliot Curie CS 30248 51010 Châlons en Champagne Cedex.
- Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, SG Santé et C2P Conseil en Protection des Personnes mettent en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris cedex 02. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès en adressant un courrier accompagné d'une copie recto-verso de votre pièce d'identité à SG Santé-PH Services 14 rue Joliot Curie - CS 30248 - 51010 Châlons en Champagne Cedex ou C2P Conseil en Protection des Personnes - 6 rue des Aulnes - 69410 Champagne-au-Mont-d'Or.
- Enfin, conformément au code de la consommation sur l'opposition au démarchage téléphonique, vous disposez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier auprès de la société Opposetel, à l'adresse suivante Société Opposetel - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10 000 Troyes.

Je souhaite recevoir par e-mail des informations sur les offres des partenaires de C2P en accord avec l'Association PH Services.

Je souhaite recevoir par SMS des informations sur les offres des partenaires de C2P en accord avec l'Association PH Services.

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent précédée de la mention « Lu et approuvé »

Afin de finaliser votre adhésion en Prévoyance, merci de renvoyer le Bulletin d'Adhésion (attention le questionnaire médical est, si vous le désirez, à envoyer sous pli confidentiel séparé à l'attention du Service Médical de SG Santé), rempli et signé à :

**Gestion administrative - SG Santé - PH Services - 14 rue Joliot Curie CS 30248 - 51010 Chalons en Champagne Cedex**

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

## Assuré

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Questions	Cochez les cases		Précisions en cas de réponse Oui					
	Oui	Non						
1 - Actuellement, êtes-vous en arrêt de travail même partiel ?			Période d'arrêt ..... Motif ..... Traitement suivi .....					
Avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années, à la suite de maladies ou d'accidents ?			Période d'arrêt ..... Motif ..... Traitement suivi .....					
2 - Avez-vous une maladie ou une affection autre que les affections bénignes habituelles, une maladie chronique (arthrose, diabète, hypertension artérielle, asthme, rhumatisme..) des douleurs chroniques (dans le dos, les reins, le cou...), un état dépressif, des troubles psychiques ?			Nature ..... Traitement ..... Dates ..... Séquelles .....					
3 - Avez-vous une infirmité ou une malformation physique ?			Nature ..... Traitement ..... Dates ..... Séquelles .....					
4 - Suivez-vous actuellement ou vous a-t-on annoncé que dans les semaines ou mois à venir, vous devriez suivre un traitement médical ou subir une intervention chirurgicale ?			Nature ..... Date du traitement ou de l'intervention .....					
5 - Avez-vous eu, au cours des 12 derniers mois, un traumatisme (crânien, cervical, vertébral, lombaire ou articulaire) ou une maladie grave (exemples : affections cardiaques, pulmonaires, digestives, rénales, maladie du dos, du système nerveux, une dépression nerveuse, un trouble psychique..) ?			Nature ..... Traitement ..... Dates ..... Séquelles .....					
6 - Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu une hospitalisation, une intervention chirurgicale (en dehors des cas bénins comme une appendicite..), une transfusion sanguine après 1982, un traitement médical avec radiations au cobalt ou chimiothérapie, des traitements pour troubles nerveux ou cardiaques ?			Nature ..... Date du traitement ou de l'intervention .....					
7 - Etes-vous actuellement en état d'invalidité ou d'inaptitude au travail, suite à un accident ou une maladie quelconque (rhumatisme, arthrose, lombalgie sciatique, affections disco-vertébrales..) même non traités médicalement ?			Origine (congénitale ou suite de maladie ou accident) : ..... Nature ..... Date .....					
Etes-vous titulaire d'un titre ou pension d'invalidité ?			A quel titre (civil, militaire) ..... Taux .....					
8 - En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il la limite indiquée dans le tableau ci-dessous ?			Si oui, indiquez votre poids .....en kg et votre taille .....					
Taille en centimètres	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	plus de 180
Poids maximum en kilogrammes	60	65	75	80	85	90	95	100

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document 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 (article L113-8 du Code des assurances). 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 au service médical de : Gestion administrative - SG Santé - PH Services - A l'attention de la cellule médicale - 14 rue Joliot Curie CS 30248 - 51010 Chalons en champagne Cedex.  
Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément. 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.

Date et signature de l'adhérent

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

### RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT

.....

### COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

### COMPTE A DEBITER

BIC .....

IBAN .....

### TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

### CRÉANCIER

Dénomination sociale **Ageo**  
ICS **FR48ZZZ390153**  
Adresse **7 Rue de Turbigio**  
Code postal **75001**  
Ville **Paris**  
Pays **France**

### SIGNATURE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Ageo à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Ageo. Sans préjudice de la créance dont dispose votre créancier à votre endroit, vous bénéficiez de la part de votre banque du droit d'être remboursé selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Fait à .....

Le .....

Signature

Les informations demandées sont nécessaires aux fins de permettre d'effectuer des opérations bancaires. Ces informations sont destinées à l'usage exclusif de Ageo. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données vous concernant que vous pouvez exercer sur simple demande auprès de Ageo.

AGEO - 7 Rue de Turbigio - 75001 Paris - Tél. 01 42 33 62 33 - Fax 01 42 33 55 38 - N° T.V.A FR69493349682 - S.A.S. au capital de 457 340€ - R.C.S. 493 349 682 - N° ORIAS : 15001350 (www.orias.fr). Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09) - Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du Code des Assurances. - Code NAF 6622Z