



## Garantie souscrite

Frais de santé Formule : GE2 Date d'effet	% PASS	
	Régime général de la Sécurité sociale	Régime Alsace-Moselle
Taux de cotisation Isolé	0,74 %	0,42 %

## Déclarations du Représentant légal de l'Association

Je déclare :

- avoir transmis la liste exhaustive du personnel à affilier,
- m'engager à joindre les bulletins individuels d'affiliation de chacune des personnes à assurer en santé,
- m'engager à remettre à chacun des salariés assurés la notice d'information du contrat de santé souscrit, ainsi que les conditions générales.

## Signatures

Les cotisations inscrites ci-dessus résultant de l'examen de données précises sur le groupe à assurer, je certifie l'exactitude des renseignements et reconnais avoir été informé(e) des conditions à respecter lors de la mise en place de ce contrat.

Les informations à caractère personnel recueillies par Generali Vie sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande ou pour effectuer des actes de souscription ou de gestion de vos contrats. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Ces informations de même que celles recueillies ultérieurement pourront être utilisées par Generali Vie pour des besoins de connaissance du client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, de gestion de la preuve, de recouvrement, d'études statistiques, d'évaluation et gestion de risque, de prévention des impayés et de la fraude et de respect des obligations légales et réglementaires.

Vos opérations et données personnelles sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, supprimer, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés auprès de Generali Vie par voie postale à l'adresse suivante Direction de la Conformité - 7 boulevard Haussmann - 75440 Paris Cedex 09 ou par mail à l'adresse [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet et signature  
du Conseiller

Cachet de l'Association  
Contractante

Signature du Représentant  
légal de l'Association

À retourner à : DGV Assurances - 2 rue de la Cornouaille - BP 42711 - 44327 Nantes Cedex 3  
[cmf@dgvassurances.fr](mailto:cmf@dgvassurances.fr)



Ce document fait partie intégrante d'un ensemble de 2 pages  
dont la 2<sup>ème</sup> comporte la signature de l'Association

1<sup>er</sup> exemplaire : Assureur - 2<sup>ème</sup> exemplaire : Association - 3<sup>ème</sup> exemplaire : Conseiller