

# CONDITIONS PARTICULIÈRES OCIRP VIE DÉPENDANCE (CONJOINT)

## INFORMATIONS ASSURÉ(E) ■

**Document à remplir en deux exemplaires et à retourner à :**  
Agence GMF Monceau - 148 rue Anatole France - 92300 Levallois Perret

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Concubin  Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

## COTISATIONS ■

Je souhaite adhérer au contrat OCIRP VIE Dépendance et je choisis le montant de ma cotisation mensuelle :

30 €/mois  45 €/mois  70 €/mois  100 €/mois

**Mode de règlement :**

Prélèvement mensuel automatique (Joindre un RIB avec l'Autorisation de Prélèvement signée)

Par chèque si paiement (du montant à régler à l'ordre de « Hélium – OCIRP VIE ») :

semestriel  annuel

Êtes-vous intéressé(e) par l'acquisition d'unités de rente dépendance additionnelles ?

(Conformément aux dispositions prévues à l'article 6.5. de la notice d'information de ce contrat)

Oui  Non

## L'offre ci-dessus est valable un mois après réception du présent document.

Je suis informé(e) que l'acceptation de ma demande d'adhésion au contrat OCIRP VIE Dépendance prendra effet, dès réception d'un exemplaire des conditions particulières signées par OCIRP VIE.

La garantie prend effet, à la date indiquée au bas du présent document, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation par OCIRP VIE.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information et des conditions générales sur les dispositions essentielles du contrat (relatives aux garanties, ainsi que sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation), le barème des valeurs d'acquisition et la valeur de service de la rente.

Je certifie ne pas être dépendant au sens du présent contrat et notamment ne pas avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs des actes suivants : se nourrir, se déplacer, s'habiller, satisfaire à son hygiène corporelle.

Je reconnais, de plus, avoir eu connaissance de la notice d'information des services d'assistance. Je reconnais l'exactitude des données contenues dans ce document.

### L'assuré

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_



Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

### OCIRP VIE – L'assureur

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_



Signature et cachet de OCIRP VIE