



Demande d'assurance VIE PRO

Si vous êtes déjà sociétaire GMF, indiquez : votre N° de sociétaire :
ou
l'un de vos n° de contrat :

M Mme Mlle

Nom : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone domicile ⁽¹⁾: __ / __ / __ / __ / __ portable ⁽¹⁾: __ / __ / __ / __ / __

E-mail ⁽¹⁾ *:@.....

Profession :

Employeur :

Avez-vous connaissance d'un fait antérieur, d'une réclamation ou d'un litige susceptible de mettre en jeu les garanties responsabilité civile ou protection juridique ? Oui Non

Si oui précisez quel fait ou réclamation et à quelle date ?

.....

⁽¹⁾ : informations facultatives

* Je suis informé(e) que je recevrai par e mail des informations et des propositions commerciales de la GMF et de ses filiales et pourrai m'opposer simplement à ces envois en utilisant le lien figurant en bas du message électronique.

Oui, je souscris le contrat Vie Pro pour la somme de 25 € TTC par an.

Tarif au 1^{er} avril 2011

Date d'effet du contrat :

Sous réserve de notre accord et de l'encaissement effectif de votre cotisation, votre demande peut prendre effet au plus tôt :

- dans l'heure qui suit le dépôt dans une agence GMF,
- le lendemain à zéro heure du cachet de la poste, en cas d'envoi simple ou recommandé,
- à 10 heures, le premier jour ouvrable qui suit son dépôt dans la boîte aux lettres d'une agence GMF.

A quelle date souhaitez-vous que votre contrat prenne effet ? __ / __ / ____

Le mode de paiement de la première cotisation

Je joins un paiement de 25 € TTC par : Chèque postal ou bancaire (à l'ordre de la GMF) Mandat-cash

Si vous n'êtes pas sociétaire GMF, un droit d'entrée de 1,52 € TTC est à ajouter.

Votre signature

Les données à caractère personnel que je communique sont nécessaires au traitement des demandes d'information, des devis, et des contrats d'assurance. Elles peuvent être également traitées afin de répondre aux obligations légales relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Elles sont destinées à la GMF et à ses filiales, responsables de traitement, et pourront être transmises à leurs prestataires, partenaires contractuellement liés et à des organismes professionnels. Sauf opposition de ma part, elles peuvent être utilisées pour des services personnalisés, des propositions commerciales, des enquêtes et statistiques. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes sur ces données en écrivant à : GMF - 45930 Orléans cedex 9.

Je suis avisé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une OMISSION ou d'une FAUSSE DÉCLARATION prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

A _____, le __ / __ / ____

Signature :

**Retournez votre demande
d'assurance avec votre paiement à :**

GMF - Département des Risques Spécifiques
140 rue Anatole France
92597 Levallois Perret Cedex