

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT D'ASSURANCES 164 GENWORTH Emploi
 de la succursale française de FICL, ci-après dénommée « GENWORTH ASSURANCES ».

INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT A L'ASSURANCE

Qualité Mme Mlle M NOM | _____ | Nom de jeune fille | _____ |
 Prénom | _____ | Né(e) le __/__/____ Profession | _____ |
 Adresse | _____ |
 Code Postal | ____|____| Ville | _____ |

CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Je soussigné(e) | _____ |
 demande à souscrire au contrat GENWORTH Emploi, contrat d'assurance individuel garantissant la perte de revenus consécutive à une Perte d'emploi intervenue suite à un Licenciement.

En apposant ma signature ci-dessous, je déclare remplir les conditions cumulatives suivantes : être une personne physique résidant en France Métropolitaine, âgée d'au moins 23 ans et de moins de 53 ans, salariée du secteur privé affiliée au régime de l'assurance chômage de l'UNEDIC et avoir pris bonne note que ce contrat garantit la perte de revenus consécutive à une perte d'emploi suite à un licenciement intervenue dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée et indemnisée par les ASSEDIC au titre de l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi.

Je reconnais avoir été informé que l'option choisie ne doit en aucun cas me permettre de bénéficier de revenus supérieurs (prestations ASSEDIC et autres indemnités d'assurance incluses) à ceux que j'aurais perçus en activité au titre des traitements et salaires.

STATUT PROFESSIONNEL ET CHOIX DE L'INDEMNITE MENSUELLE

Je suis (cochez la case correspondant à votre statut professionnel) :

Non cadre inscrit, en qualité de participant au régime de retraite des salariés Non cadres de l'une des institutions de retraite membre de l'ARCCO.
 Cadre inscrit, en qualité de participant au régime de retraite des salariés Cadres de l'une des institutions de retraite membre de l'AGIRC

Je choisis l'indemnité mensuelle suivante Non Cadre : 100 € 200 € 300 € 400 € 500 € 600 €
 Cadre : 300 € 400 € 500 € 600 € 700 € 800 € 900 € 1000 €

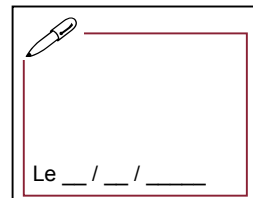
Je prends bonne note que :
 - Si l'indemnité mensuelle choisie est inférieure ou égale à 500 €, je bénéficie en plus de la convention d'assistance de l'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.).
 - Si l'indemnité mensuelle choisie est égale ou supérieure à 600 €, je bénéficie en plus de la garantie Perte d'Emploi de la convention d'assistance de l'Aide au Retour à l'Emploi et de l'assistance d'Aide à la Gestion du Parcours Professionnel (A.R.E. + A.G.P.P.).

Selon l'indemnité mensuelle que j'ai choisie, le montant de ma prime s'élève à la somme de :
 _____ € TTC par Mois Trimestre Semestre An

En apposant ma signature ci-contre, je reconnais avoir reçu au préalable la fiche d'information ainsi que les conditions générales valant notice d'information, avoir pris connaissance des conditions de cette assurance, de la définition du risque garanti, des exclusions ainsi que des formalités à accomplir en cas de sinistre et je reconnais rester en possession de ces conditions générales valant notice d'information.

Je reconnais avoir été informé qu'en cas de vente à distance (article L.112-2-1 II du Code des Assurances), je dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires qui court à compter de la date de signature de la proposition de souscription.

Code Scheme ____/____


 Le __/__/____

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

1. Vérifiez le nom et l'adresse de votre banque 2. Dater et signez 3. VOTRE RIB DEVRA ETRE JOINT A CETTE PROPOSITION DE SOUSCRIPTION.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS : J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend avec l'établissement émetteur.		N° National d'Emetteur 494064
NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE : _____ _____ _____	NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT EMETTEUR : GENWORTH ASSURANCES Tour Franklin - Terrasse Boieldieu 92800 Puteaux	
COMPTE A DEBITER : Etablissement Guichet N° de compte Clé R.I.B ____ ____ ____ ____ Date _____ Signature : _____	NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER _____ _____ N° _____ Rue _____ C. POSTAL ____ ____ VILLE _____	

Les prélèvements s'effectuent au 5 du mois. Le montant par prélèvement doit être au minimum de 20 €.

Proposition de souscription - 164 FICL - Exemple assureur - 10/2008

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT D'ASSURANCES 164 GENWORTH Emploi
de la succursale française de FICL, ci-après dénommée « GENWORTH ASSURANCES ».**INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT A L'ASSURANCE**

Qualité Mme Mlle M NOM | _____ | Nom de jeune fille | _____ |
 Prénom | _____ | Né(e) le __/__/____ Profession | _____ |
 Adresse | _____ |
 Code Postal | ____|____| Ville | _____ |

CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Je soussigné(e) | _____ |
 demande à souscrire au contrat GENWORTH Emploi, contrat d'assurance individuel garantissant la perte de revenus consécutive à une Perte d'emploi intervenue suite à un Licenciement.

En apposant ma signature ci-dessous, je déclare remplir les conditions cumulatives suivantes : être une personne physique résidant en France Métropolitaine, âgée d'au moins 23 ans et de moins de 53 ans, salariée du secteur privé affiliée au régime de l'assurance chômage de l'UNEDIC et avoir pris bonne note que ce contrat garantit la perte de revenus consécutive à une perte d'emploi suite à un licenciement intervenue dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée et indemnisée par les ASSEDIC au titre de l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi.

Je reconnais avoir été informé que l'option choisie ne doit en aucun cas me permettre de bénéficier de revenus supérieurs (prestations ASSEDIC et autres indemnités d'assurance incluses) à ceux que j'aurais perçus en activité au titre des traitements et salaires.

STATUT PROFESSIONNEL ET CHOIX DE L'INDEMNITE MENSUELLE

Je suis (cochez la case correspondant à votre statut professionnel) :

- Non cadre inscrit, en qualité de participant au régime de retraite des salariés Non cadres de l'une des institutions de retraite membre de l'ARCCO.
 Cadre inscrit, en qualité de participant au régime de retraite des salariés Cadres de l'une des institutions de retraite membre de l'AGIRC

Je choisis l'indemnité mensuelle suivante Non Cadre : 100 € 200 € 300 € 400 € 500 € 600 €
 Cadre : 300 € 400 € 500 € 600 € 700 € 800 € 900 € 1000 €

Je prends bonne note que :

- Si l'indemnité mensuelle choisie est inférieure ou égale à 500 €, je bénéficie en plus de la convention d'assistance de l'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.).
- Si l'indemnité mensuelle choisie est égale ou supérieure à 600 €, je bénéficie en plus de la garantie Perte d'Emploi de la convention d'assistance de l'Aide au Retour à l'Emploi et de l'assistance d'Aide à la Gestion du Parcours Professionnel (A.R.E. + A.G.P.P.).

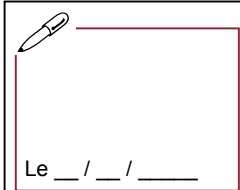
Selon l'indemnité mensuelle que j'ai choisie, le montant de ma prime s'élève à la somme de :

_____ € TTC par Mois Trimestre Semestre An

En apposant ma signature ci-contre, je reconnais avoir reçu au préalable la fiche d'information ainsi que les conditions générales valant notice d'information, avoir pris connaissance des conditions de cette assurance, de la définition du risque garanti, des exclusions ainsi que des formalités à accomplir en cas de sinistre et je reconnais rester en possession de ces conditions générales valant notice d'information.

Je reconnais avoir été informé qu'en cas de vente à distance (article L.112-2-1 II du Code des Assurances), je dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires qui court à compter de la date de signature de la proposition de souscription.

Code Scheme ____/____


 Le __/__/____

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION AUX CONTRATS D'ASSURANCES
de la succursale française de FICL, ci-après dénommée « GENWORTH ASSURANCES ».**INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT A L'ASSURANCE**

Qualité Mme Mlle M NOM | _____ | Nom de jeune fille | _____ |
 Prénom | _____ | Né(e) le __/__/____ Profession | _____ |
 Adresse | _____ |
 Code Postal | ____|____| Ville | _____ |

CONTRAT 164 FICL GENWORTH Emploi
CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Je soussigné(e) | _____ |
 demande à souscrire au contrat GENWORTH Emploi, contrat d'assurance individuel garantissant la perte de revenus consécutive à une Perte d'emploi intervenue suite à un Licenciement.

En apposant ma signature ci-dessous, je déclare remplir les conditions cumulatives suivantes : être une personne physique résidant en France Métropolitaine, âgée d'au moins 23 ans et de moins de 53 ans, salariée du secteur privé affiliée au régime de l'assurance chômage de l'UNEDIC et avoir pris bonne note que ce contrat garantit la perte de revenus consécutive à une perte d'emploi suite à un licenciement intervenue dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée et indemnisée par les ASSEDIC au titre de l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi.

Je reconnais avoir été informé que l'option choisie ne doit en aucun cas me permettre de bénéficier de revenus supérieurs (prestations ASSEDIC et autres indemnités d'assurance incluses) à ceux que j'aurais perçus en activité au titre des traitements et salaires.

STATUT PROFESSIONNEL ET CHOIX DE L'INDEMNITE MENSUELLE

Je suis (cochez la case correspondant à votre statut professionnel) :

- Non cadre inscrit, en qualité de participant au régime de retraite des salariés Non cadres de l'une des institutions de retraite membre de l'ARCCO.
 Cadre inscrit, en qualité de participant au régime de retraite des salariés Cadres de l'une des institutions de retraite membre de l'AGIRC

Je choisis l'indemnité mensuelle suivante Non Cadre : 100 € 200 € 300 € 400 € 500 € 600 €
 Cadre : 300 € 400 € 500 € 600 € 700 € 800 € 900 € 1000 €

Je prends bonne note que :

- Si l'indemnité mensuelle choisie est inférieure ou égale à 500 €, je bénéficie en plus de la convention d'assistance de l'Aide au Retour à l'Emploi (A.R.E.).
- Si l'indemnité mensuelle choisie est égale ou supérieure à 600 €, je bénéficie en plus de la garantie Perte d'Emploi de la convention d'assistance de l'Aide au Retour à l'Emploi et de l'assistance d'Aide à la Gestion du Parcours Professionnel (A.R.E. + A.G.P.P.).

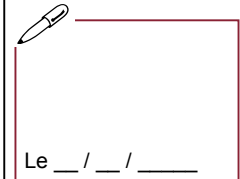
Selon l'indemnité mensuelle que j'ai choisie, le montant de ma prime s'élève à la somme de :

_____ € TTC par Mois Trimestre Semestre An

En apposant ma signature ci-contre, je reconnais avoir reçu au préalable la fiche d'information ainsi que les conditions générales valant notice d'information, avoir pris connaissance des conditions de cette assurance, de la définition du risque garanti, des exclusions ainsi que des formalités à accomplir en cas de sinistre et je reconnais rester en possession de ces conditions générales valant notice d'information.

Je reconnais avoir été informé qu'en cas de vente à distance (article L.112-2-1 II du Code des Assurances), je dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires qui court à compter de la date de signature de la proposition de souscription.

Code Scheme ____/____


Le __/__/____