

# Bulletin d'adhésion

# Atoll Prévoyance

## Salariés (Secteur Privé)



# GENERALI

## Solutions d'assurances

**Generali Vie**, Société appartenant au Groupe Generali  
immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances  
Société Anonyme au capital de 285 863 760 euros  
Entreprise régie par le Code des assurances 602 062 481 RCS Paris  
Siège Social : 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris

### Groupement de Prévoyance Maladie Accident

7, boulevard Haussmann - 75447 Paris Cedex 09

Conseil : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code : \_\_\_\_\_

Nom de l'Inspecteur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code : \_\_\_\_\_

Numéro du questionnaire de santé : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
(Compléter la grille à l'identique du code barre du questionnaire de santé).

### Adhérent - Assuré

M.  Mme  Mlle

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

Date de naissance | | | | | | | | | | Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Code Postal de naissance | | | | | | | | Pays de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal | | | | | | | | Ville \_\_\_\_\_

Domicile fiscal  France  Autre \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_ bureau \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_

E-mail professionnel \_\_\_\_\_ personnel \_\_\_\_\_

Situation de famille  Célibataire  Marié(e)  Concubin(e)  Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité  Veuf(ve)  Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) à charge | | | |

Profession (Nature exacte de l'activité) \_\_\_\_\_

Derniers revenus annuels professionnels déclarés \_\_\_\_\_ € (cf déclarations sur l'honneur)

Classe tarifaire  T1  T2  T3

Exercez-vous votre profession  à temps complet  à temps partiel  à temps partiel pour raison médicale

Sports pratiqués \_\_\_\_\_  en amateur  à titre professionnel  avec compétitions

L'Adhérent a-t-il rempli une proposition d'assurance pour des risques Décès ou Invalidité ayant donné lieu à refus, ajournement, restriction ou majoration ?  Oui  Non

Est-il déjà assuré en cas de décès ou d'invalidité par un contrat en cours de même nature ?  Oui  Non

### Payeur de cotisations (s'il est différent de l'Adhérent)

Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal | | | | | | | | Ville \_\_\_\_\_

N° RCS \_\_\_\_\_

### Adhésion au contrat

Date d'effet | 0 | 1 | | | | | | | |

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Numéro du questionnaire de santé : \_\_\_\_\_  
(Compléter la grille à l'identique du code barre du questionnaire de santé).

## Garanties

**Il est obligatoire de souscrire au moins l'une des garanties Décès suivantes : Capital Décès/PTIA toutes causes et/ou Rente de Conjoint et/ou Rente Éducation.**

### Garanties essentielles

- Capital Décès / PTIA toutes causes** Montant \_\_\_\_\_ €  
 Option paiement de la prestation en rente (s'applique également à la garantie Capital Décès/PTIA par accident (si souscrite)).

- Revenu de remplacement (IJ) :** le montant maximum des indemnités journalières souscrites ne doit pas dépasser 125 % du revenu déclaré/365.

Montant de l'indemnité journalière (minimum 10 € /jour) :

- Jusqu'au 90<sup>ème</sup> jour \_\_\_\_\_ € par jour  
- du 91<sup>ème</sup> jour au 365<sup>ème</sup> jour \_\_\_\_\_ € par jour  
- du 366<sup>ème</sup> jour au 1095<sup>ème</sup> jour \_\_\_\_\_ € par jour

Franchises (en jours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation	3	3	3	3	180	365
Accident	0	0	15	30	180	365
Maladie	15	30	30	90	180	365

- Revenu de remplacement (Rente Invalidité 33 %)** \_\_\_\_\_ € par mois  
le montant maximum de la rente d'invalidité souscrite ne doit pas dépasser 125 % du revenu déclaré /12.

### Cotisation annuelle

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

### Autres garanties

- Rente de conjoint** Montant \_\_\_\_\_ € par mois

- Rente éducation** Montant par enfant \_\_\_\_\_ € par mois

- Capital Décès / PTIA complémentaire par Accident**  
(limité à 2 fois le montant du capital Décès toutes causes)  
Montant \_\_\_\_\_ €

- Capital Invalidité toutes causes d'un degré >= à 66 %**  
Montant \_\_\_\_\_ €

- Capital Invalidité par accident d'un degré >= à 66 %**  
Montant \_\_\_\_\_ €

- Allocation Enfant Hospitalisé**  
(Forfait de 50 € par jour pendant 60 jours maximum par année civile)

#### Assistance complémentaire(\*)

**Exonération des cotisations** en cas d'arrêt de travail (Conformément à l'article "Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail" de la Notice d'information)

(\*) Si je ne souhaite pas conserver l'Assistance complémentaire, je l'indique clairement sous la garantie concernée.

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Numéro du questionnaire de santé : \_\_\_\_\_  
(Compléter la grille à l'identique du code barre du questionnaire de santé).

## Paiement des cotisations

Mode de paiement  Prélèvement automatique (obligatoire si périodicité mensuelle)  TIP - Chèque

Périodicité  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

## Montant de la première cotisation

Cotisation annuelle totale \_\_\_\_\_ €  
Frais d'adhésion au contrat \_\_\_\_\_ €  
Frais d'association \_\_\_\_\_ €  
**Total** \_\_\_\_\_ €

## Abrogation du délai de carence (dans la limite des garanties antérieures et pour une adhésion avant 60 ans)

Non  Oui (sous réserve d'acceptation, merci de nous adresser le certificat de radiation de votre dernier assureur ainsi que le certificat d'adhésion).

## Bénéficiaires en cas de décès

### Décès

Mon conjoint au sens de la définition de la notice d'information, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers.

Autres \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, à défaut mes héritiers

### Rente de Conjoint (si souscrite)

M.  Mme  Melle

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

S'agissant de  Mon conjoint  Mon concubin  Mon partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité

### Rente éducation (si souscrite)

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ sexe  M  F né(e) le \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ sexe  M  F né(e) le \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ sexe  M  F né(e) le \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ sexe  M  F né(e) le \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ sexe  M  F né(e) le \_\_\_\_\_

## Déclarations sur l'honneur

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document ainsi que celles figurant sur le questionnaire de santé 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 L 113-8 du Code des assurances).

Ces dispositions s'appliquent en particulier aux revenus annuels professionnels qui doivent être déclarés de façon exacte. Ces revenus servent de base au calcul du montant maximum du Revenu de remplacement (Indemnités journalières et Rente).

Je déclare être pleinement informé, que, quelles que soient les réponses données dans le questionnaire médical, et notamment s'il était fait mention de données médicales, j'ai la possibilité de le transmettre sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au service d'acceptation médicale de l'assureur. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte.





**Nous vous prions de joindre OBLIGATOIREMENT À CE DOCUMENT  
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB) OU DE CAISSE D'ÉPARGNE (RICE).**

**N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LA DEMANDE ET L'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT**

## DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu à l'organisme bénéficiaire.

**Nom, prénom et adresse du débiteur <sup>(1)</sup>**


Date

**Signature**

**Organisme bénéficiaire**

**Generali Vie**

9 boulevard Haussmann

75440 Paris Cedex 09

**Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter <sup>(2)</sup>**  
à reporter dans la partie "Autorisation de prélèvement"

Nom de l'établissement

Numéro Voie

Code postal Ville

Pays

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80-10 du 1<sup>er</sup> avril 1980 de la Commission Nationale Informatique et Libertés. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données auprès du siège de Generali Vie.

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

N° national d'Émetteur

**102628**

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'organisme bénéficiaire désigné 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 directement avec l'organisme bénéficiaire.

**Compte à débiter**

Code Établissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB

IBAN (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Bank Identification Code)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nom, prénom et adresse du débiteur <sup>(1)</sup>**


Date

**Signature**

**Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter <sup>(2)</sup>**


**Organisme bénéficiaire**

**Generali Vie**

9 boulevard Haussmann

75440 Paris Cedex 09

<sup>(1)</sup> Vos nom et adresse.

<sup>(2)</sup> Nom et adresse de votre organisme bancaire ou de Caisse d'épargne.