CACHET
DE VOTRE ASSUREUR CONSEIL

CODE

FRAIS MÉDICAUX

Je souhaite souscrire au contrat ATOLL SANTÉ
à partir du : ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom : . . . . . Prénom : . . . . .

Adresse : . . . . .

Code postal : . . . . . Ville : . . . . .

Tél. domicile : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ Tél. bureau : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

Profession* : . . . . . ☐ Je suis TNS et je souhaite bénéficier de la Loi Madelin.

Formule choisie (une seule par contrat) : ☐ **100** ☐ **125** ☐ **150** ☐ **200** ☐ **300** ☐ **Bonus Immédiat**

Les personnes à garantir

	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime*	N°d'immatriculation	Votre cotisation mensuelle
Souscripteur	. . . . .	. . . . .	. . . . .	M ☐ F ☐	☐ AS ☐ TI ☐ TR ☐ CS ☐ AG ☐ AL ☐ Autres		€
Conjoint	. . . . .	. . . . .	. . . . .	M ☐ F ☐	☐ AS ☐ TI ☐ TR ☐ CS ☐ AG ☐ AL ☐ Autres		€
1er enfant	. . . . .	. . . . .	. . . . .	M ☐ F ☐	☐ AS ☐ TI ☐ TR ☐ CS ☐ AG ☐ AL ☐ Autres		€
2e enfant	. . . . .	. . . . .	. . . . .	M ☐ F ☐	☐ AS ☐ TI ☐ TR ☐ CS ☐ AG ☐ AL ☐ Autres		€
3e enfant	. . . . .	. . . . .	. . . . .	M ☐ F ☐	☐ AS ☐ TI ☐ TR ☐ CS ☐ AG ☐ AL ☐ Autres		€
4e enfant	. . . . .	. . . . .	. . . . .	M ☐ F ☐	☐ AS ☐ TI ☐ TR ☐ CS ☐ AG ☐ AL ☐ Autres		€

AS (salarié)
TI (travailleur non salarié - RAM)
TR (travailleur non salarié - autre organisme)
CS (salarié agricole)
AG (exploitant agricole)
AL (Alsace Moselle)

TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES	= . . . . . €
Calcul de la cotisation selon le fractionnement choisi Paiement : Semestriel (x 2), Trimestriel (x 3), Annuel (x 12)	= . . . . . €
CALCUL DE LA COTISATION AU COMPTANT	= . . . . . €
Frais d'ouverture de dossier	+ . . . . . €
Pour les T.N.S., Frais d'adhésion à l'A.G.R.P. : 2 €	+ . . . . . €
MA PREMIÈRE ÉCHÉANCE AU COMPTANT	= . . . . . €

Je choisis mon mode de paiement

Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	☐	☐
Semestrielle	☐	☐
Trimestrielle	☐	☐
Mensuelle	☐	—

Avez-vous précédemment bénéficié de garanties de même nature ? ☐ oui ☐ non

Demande d'abrogation des délais d'attente ☐ oui ☐ non

Avez-vous été radié(e) d'un organisme assureur ou d'une mutuelle pour non paiement ? ☐ oui ☐ non

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions générales du contrat ATOLL SANTÉ (Réf. PM2A23A) qui m'ont été remises.
* Je confirme que toutes mes déclarations sont totalement exactes et sincères. Dans le cas contraire, je commets des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (Art. L 113-8 du Code des assurances).

Fait à : . . . . . le : . . . . .

SIGNATURE :

Les informations portées sur ce document sont obligatoires, **à défaut votre demande de souscription au contrat ne pourra être retenue.** Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos données auprès du siège de GENERALI assurances. Ces informations sont destinées à GENERALI assurances Iard, à ses mandataires et réassureurs, ainsi qu'aux organismes participant à la gestion du contrat. Je les autorise expressément à conserver ces données par informatique.

GENERALI assurances

Réf. PP2A13A - Janvier 2004

Ai-je bien pensé à…

- Remplir, dater et signer ma demande de souscription ?
- Remplir et signer mon autorisation de prélèvement ?
- Joindre mon Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP) ?
- Joindre la photocopie de mon attestation d'assuré social délivrée avec la carte Vitale ? (Si vous êtes plusieurs assurés sociaux, joignez la photocopie de chaque attestation ?
- Joindre - si je suis Travailleur Non Salarié - les justificatifs de règlement des cotisations relatifs aux régimes obligatoires maladie et retraite, pour profiter des avantages de la loi Madelin ?

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier 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 le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETEUR
00 89 82

Nom, prénom et adresse du débiteur (1)

. . . . . .

Nom et adresse du créancier

GENERALI assurances
7 boulevard Haussmann
75456 PARIS Cedex 09

Compte à débiter

CODES		N° DU COMPTE	Clé R.I.B.
Établissement	Guichet		

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter (2)

. . . . . .

Date : . . . . . .

Signature :

(1) vos nom et adresse (2) nom et adresse de votre agence bancaire ou de votre centre de C.C.P.