

# Bulletin de souscription

## Sécurité Corporelle

### Accident



# 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

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

### Souscripteur / Assurable

M.  Mme  Mlle

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

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

Date de naissance | | | | | | | | | |

Adresse \_\_\_\_\_

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

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 | | |

Salarié  Oui  Non

Profession (Nature exacte de l'activité)<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

Classe | | Code profession | | |

Sports pratiqués en amateur<sup>(1) (2)</sup> \_\_\_\_\_ avec compétitions  Oui  Non

avec rémunération\* (même occasionnelle)  Oui  Non

Sports pratiqués à titre professionnel<sup>(1) (2)</sup> \_\_\_\_\_

Êtes-vous actuellement assuré en cas de décès ou d'invalidité par un contrat en cours de même nature ?  Oui  Non

Si OUI, auprès de Generali ?  Oui  Non N° contrat : \_\_\_\_\_

Autre Assureur : \_\_\_\_\_ N° contrat : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà souscrit un contrat d'assurance garantissant les mêmes risques qui aurait été résilié par un précédent assureur dans les 24 derniers mois ?  Oui  Non

Si oui, pour quel motif ? \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Consulter le paragraphe « dispositions diverses » situé en page 4 du présent bulletin de souscription mentionnant la liste des professions (ou secteur d'activité) et des sports exclus des garanties du présent contrat.

<sup>(2)</sup> La pratique d'un sport à titre professionnel ou en amateur avec rémunération (même occasionnelle) est un risque exclu.

Toute demande de dérogation doit être transmise à la Compagnie qui se réserve le droit soit d'accepter le risque avec aménagement des garanties et/ou surprime, soit de le refuser.

### Payeur de cotisations (s'il est différent du souscripteur)

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

### Souscription du contrat

Date d'effet souhaitée | | | | | | | | | |



## Champ d'application des garanties

Parmi les trois options suivantes, une seule peut être souscrite :

- Accidents 24h/24 - Vie professionnelle et Vie privée
- Accidents de la vie privée (pour les salariés en activité uniquement)
- Accidents de la circulation

## Garanties

Il est obligatoire de souscrire au moins l'une des garanties suivantes :

- |   |                                    |         |
|---|------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> <b>Capital Décès ou Invalidité permanente totale d'un degré <math>\geq</math> à 66 %</b><br>(y compris la garantie PRISE EN CHARGE DU BUDGET ASSURANCES)         | Montant du capital                 | _____ € |
| <input type="checkbox"/> Option doublement en cas de décès par accident de la circulation ( <b>option impossible en cas de limitation des garanties aux accidents de la circulation</b> ) |                                    |         |
| <input type="checkbox"/> <b>Capital Invalidité Permanente</b><br>(y compris la garantie PRISE EN CHARGE DU BUDGET ASSURANCES)<br>Avec options :   | Montant du capital                 | _____ € |
| <input type="checkbox"/> barème majoré d'indemnisation<br><input type="checkbox"/> franchise relative 10 % d'invalidité   |                                    |         |
| <input type="checkbox"/> <b>Incapacité temporaire</b><br>Franchise _____ jours<br>Durée : <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 3 ans     | Montant de l'indemnité journalière | _____ € |
| <input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation</b>   | Montant de l'indemnité journalière | _____ € |

**Barèmes spéciaux d'invalidité** (Incompatibles avec les options « Barème majoré d'indemnisation » et « Franchise relative 10 % d'invalidité »)

- Barème B  Barème S

## Bénéficiaires en cas de décès

- M.  Mme  Mlle

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

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.

## Clauses



## Païement des cotisations

Échéance principale souhaitée

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

Périodicité :  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

(En cas de paiement par prélèvement, joindre un RIB ou un RICE)

## Montant de la première cotisation

<b>Montant de la première cotisation</b>	_____ €
Cotisation annuelle totale	_____ €
Frais accessoires	_____ €
Taxes	_____ €
<b>Total</b>	_____ €

## Questionnaire de santé

À remplir même si le rapport médical est requis

### Déclarations de santé

Nous vous remercions de répondre à chacune des questions posées ci-dessous, en remplissant la case correspondante ; en cas de réponse positive à l'une des questions, merci de donner les précisions demandées et de ne rien omettre qui pourrait altérer l'appréciation du risque par l'Assureur.

Veuillez répondre par OUI ou NON et compléter en cas de réponse positive.

<p>1. Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? Êtes-vous titulaire de l'allocation pour adulte handicapé ? Bénéficiez-vous d'une exonération du ticket modérateur (100 %) ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Pour quel motif ? _____                  _____                  _____                  Depuis quand ? _____</p>
<p>2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection citée ci-dessous ? (si oui, précisez)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affections cardiovasculaires (notamment hypertension, cardiopathie ischémique, infarctus, stent, artérite) <input type="checkbox"/></li> <li>• Affections neurologiques (notamment accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), syndrome cérébelleux, affections dégénératives) <input type="checkbox"/></li> <li>• Affections des os, des muscles et des articulations (notamment entorse, arthrose, sciatique, lombalgies, polyarthrite, fibromyalgie) <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>Nature de l'affection, date de début, traitement suivi et séquelles ou rechutes éventuelles ?                  _____                  _____                  _____                  _____</p>
<p>3. Avez-vous eu un ou plusieurs accidents ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>À quelle date ? _____                  Lesquels ? _____                  Avez-vous conservé des séquelles ? _____                  _____                  Si OUI lesquelles ? _____                  _____</p>
<p>4. Avez-vous rempli une proposition d'assurance pour des risques de décès ou d'invalidité ayant donné lieu à un refus, ajournement, restriction, ou majoration ?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>En cas de réponse positive, quelle décision a été prise ? _____                  _____                  Pour quel motif ? _____</p>



## Dispositions diverses

En complément des « **EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES** » prévues aux paragraphes 6, 7 et 8 des Dispositions Générales « **Sécurité Corporelle Accident** » sont exclus des garanties du présent contrat les risques suivants :

- Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés au cours de l'exercice des métiers suivants ou appartenants à l'un des secteurs d'activités suivants :
  - Armée
  - Aviation civile (personnel navigant)
  - Activités portuaires (docker et autres activités assimilées)
  - Activités nucléaires/Professions en contact avec des radiations ionisantes
  - Convoyeur de fonds
  - Coursier à scooter ou à moto
  - Détective privé/Enquêteur financier
  - Electricité haute tension
  - Garde du corps
  - Guide de haute montagne
  - Intermittent du spectacle (toutes activités)
  - Moniteur/formateur dans l'un des domaines suivants : escalade/alpinisme, sport aérien, sport d'eau vive, sport nautique, ski alpin, sport automobile, et autres sports impliquant un engin à moteur
  - Montage de téléphérique
  - Offshore
  - Pilote ou passager automobile ou de moto dans le cadre d'épreuve, de compétition ou d'entraînements
  - Police/Forces de maintien de l'ordre
- Puisatier
- Ostéopathe animalier
- Raseteur
- Sapeur-pompier professionnel ou volontaire
- Sportif professionnel
- Technicien artificier et démineur
- Technicien carrières et mines
- Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés au cours de la pratique des sports dangereux suivants :
  - Alpinisme/Escalade
  - Bobsleigh
  - Safari
  - Saut dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou la réception
  - Ski hors piste, ski acrobatique
  - Sports aériens utilisant une voile comme traction ou portance
  - Sports terrestres avec utilisation d'un véhicule à moteur à 2,3 ou 4 roues
  - VTT avec compétition
- Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés au cours de la pratique de sports avec tentative de record, exhibition ou pari.

En complément des « **EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES** » prévues aux paragraphes 6, 7 et 8 des Dispositions Générales « **Sécurité Corporelle Accident** », peuvent être garantis les risques suivants, dès lors qu'ils ont fait l'objet d'une déclaration à la souscription ou en cours de contrat auprès de la Compagnie, qui se réserve le droit soit d'accepter le risque avec surprime et/ou limitations éventuelles, soit de le refuser.

- Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés au cours de l'exercice des professions suivantes ou appartenants à l'un des secteurs d'activités suivants :
  - Auto entrepreneur
  - Activités à domicile
  - Activités équestres (entraîneur de chevaux, cavalier professionnel, jockey, maître de manège, pareuse de chevaux et autres activités assimilées)
  - Activités forestières/travail du bois (bûcheron, exploitation de bois, négociant en bois, sylviculteur et autres activités assimilées)
  - Activités maritimes (toute activité en mer ou sur littoral, dans le domaine de la pêche, de l'aquaculture marine, du transport maritime et de la plaisance professionnelle (passagers ou marchandises) homme grenouille, sca-phandrier, plongeur sous marin)
  - Consultant dans l'humanitaire
  - Fondeur
  - Foreur
  - Gardiennage (surveillant/vigile/garde)
- Guide touristique international/Interprète
- Journaliste, reporter, caméraman et photographe de presse exerçant à l'étranger
- Professeur de sport
- Taxi (auto, moto)
- Les accidents, ainsi que leurs suites, occasionnés au cours de la pratique des sports dangereux suivants :
  - Chasse,
  - Paintball
  - Plongée supérieure à 40 mètres
  - Rugby
  - Sports de combats/Arts martiaux/Self-défense
  - Sports d'eau vive (Canyoning, rafting, kayak, nage en eau vive et autres sports assimilés)
  - Sports nautiques (Jet ski, ski nautique, wakeboard et autres sports assimilés)
  - Ski alpin ou de randonnée
  - Spéléologie



## Déclarations sur l'honneur

Je reconnais avoir pris connaissance du paragraphe « dispositions diverses » situé en page 4 du présent bulletin de souscription mentionnant :

- la liste des professions ou secteurs d'activité exclus des garanties du présent contrat et ne pas exercer, même à titre secondaire, une de ces professions ou activités,
- la liste des sports exclus des garanties du présent contrat et ne pas pratiquer, même à titre secondaire, un de ces sports,

Je certifie avoir répondu à toutes les questions du questionnaire de santé situé en page 3 du présent bulletin et que mes réponses sont :

toutes des NON       comportent un ou plusieurs OUI

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).

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.

### Documents contractuels

Je reconnais avoir reçu à titre de proposition et projet de contrat, outre le présent bulletin de souscription,

- un exemplaire des Dispositions Générales « Sécurité Corporelle Accident », contenant notamment un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation,

et en avoir pris connaissance.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

### Traitement des données

J'autorise expressément l'assureur à traiter et conserver par informatique les données me concernant. Les données à caractère personnel me concernant sont indispensables à la gestion de mon contrat d'assurance par l'assureur ainsi qu'à ses intermédiaires, réassureurs et tout organisme y participant.

À défaut, ma demande de souscription ne pourrait être prise en considération. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données me concernant et d'opposition auprès du siège social du responsable du traitement : Generali Vie situé au 11 boulevard Haussmann - 75009 Paris.

J'autorise l'assureur à transmettre les données médicales me concernant au service médical de tout tiers dont l'intervention est nécessaire pour l'application de l'assurance et notamment réassureurs, gestionnaires...

### Renonciation

Je reconnais avoir été informé de mon droit à renonciation à la présente adhésion pendant quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante Generali Vie - 9 boulevard Haussmann - 75440 Paris Cedex 09.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans les dispositions générales qui ont été remises.

## Informations complémentaires

### Prise d'effet du contrat

Bulletin de souscription signé le  et valable un mois à compter de cette date.

L'assureur n'est pas engagé par le présent bulletin de souscription, même accompagné d'un versement, notamment et y compris s'il a donné lieu à encaissement.

L'engagement de l'assureur ne pourra résulter que de l'émission des dispositions particulières définitives.

La prise d'effet des garanties - qui peut différer de la date de conclusion du contrat - est celle mentionnée aux Dispositions particulières sous réserve de l'acquiescement du paiement de la première cotisation.

## Signatures

Fait à \_\_\_\_\_, le

La présente signature du bulletin de souscription vaut récépissé de la remise des documents énoncés ci-dessus.

**Signature de l'Assuré**  
*précédé de la mention « Lu et approuve »*

**Signature de l'Apporteur**

