

Identification de l'affilié(e)

Nom : _____ Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Numéro immat. R.S.B. ⁽³⁾ : _____ Numéro organisme affiliation R.S.B. ⁽³⁾ : _____

Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Situation : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) de corps judiciairement ☐ Vivant en concubinage ☐

Fonction : _____ Catégorie : Cadre ou assimilé ☐ Non cadre ☐

Date d'entrée dans la fonction : _____ Salarié à employeurs multiples : Oui ☐ Non ☐

Traitement annuel brut ⁽¹⁾ : _____ Taux de temps de travail _____ % si inférieur à 100 %, préciser raison : personnelle ☐ médicale ⁽²⁾ ☐

Date de suspension du contrat de travail : _____ Date de retour prévue : _____

Motif : Maternité ☐ Arrêt de travail ☐ Invalidité ☐ Congé parental ☐ Congé formation ☐ Congé sabbatique ☐ Autre _____

⁽¹⁾ correspondant au temps travaillé ⁽²⁾ dans ce cas, complétez obligatoirement le questionnaire de santé ⁽³⁾ Régime Social de Base

Identification de l'entreprise

RAISON SOCIALE (ou cachet)	NUMÉROS DES CONTRATS GARANTISSANT L'AFFILIÉ(E)	
	CONTRAT	SOUS/CONTRAT
	_____	_____
RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE		
N° DE CONTRAT	N° D'AFFILIATION	EFFET PTF
_____	_____	_____

Identification du conjoint, partenaire ou concubin et des enfants à charge*

Nom - Prénoms	Sexe (M ou F)	Date de naissance	Lieu de naissance	N° Immatriculation R.S.B.
_____	☐	____/____/____	_____	____/____/____/____/____/____
_____	☐	____/____/____	_____	____/____/____/____/____/____
_____	☐	____/____/____	_____	____/____/____/____/____/____

* uniquement si souscription d'un contrat Santé

Affiliation au contrat Santé

Joindre un RIB (relevé d'identité bancaire), la photocopie de votre attestation Vitale ainsi que celle de vos ayants droit et les certificats de scolarité le cas échéant.

Si le contrat prévoit une cotisation Isolé/Ménage, le rattachement à l'une ou l'autre de ces catégories est :

- ☐ Obligatoirement déterminé en fonction de votre situation de famille
- ☐ Laissez à votre choix. Dans ce cas, cochez : ☐ Isolé (moi seul) ☐ Ménage (moi-même et mon conjoint, partenaire ou concubin et enfants à charge)
- ☐ Adulte - Nombre : _____ ☐ Enfant - Nombre : _____

Si une(des) garantie(s) optionnelle(s) est(sont) prévue(s), indiquer votre(vos) choix :

Affiliation au contrat Prévoyance : Désignation bénéficiaire particulière

Si vous désirez que la prestation garantie ne soit pas attribuée suivant la clause type contractuelle prévue dans la notice d'information, vous devez désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de votre choix en indiquant ci-après leur(s) nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Bénéficiaire particulier : _____

à défaut : _____

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre désignation de bénéficiaire(s) particulier(s). Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation. Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions suivantes : tant que vous êtes en vie, toute acceptation de bénéficiaire doit faire l'objet au moins trente jours après la date d'effet de votre affiliation lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit, soit d'un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit d'un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion des garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance, votre assureur et son distributeur, à ses prestataires ou sous-traitants, réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Elles peuvent être par ailleurs utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, lors de la gestion des contrats, vos données peuvent être transmises à l'organisme professionnel ALFA ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier au service des relations consommateurs dont l'adresse figure sur votre notice d'information.

Vos données peuvent être utilisées pour vous proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre ☐.

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations servant de base à l'affiliation au(x) contrat(s) dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon affiliation conformément à l'article L113-8 du code des assurances.

Fait à _____

le _____

Signature de l'affilié(e)

à faire précéder de la mention "lu et approuvé"

Bulletin d'affiliation Prévoyance-Santé

Assurances Collectives



Identification de l'affilié(e)

Nom : _____ Prénoms : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Commune : _____
Numéro immat. R.S.B. ⁽³⁾ : _____ Numéro organisme affiliation R.S.B. ⁽³⁾ : _____
Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Situation : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) de corps judiciairement ☐ Vivant en concubinage ☐
Fonction : _____ Catégorie : Cadre ou assimilé ☐ Non cadre ☐
Date d'entrée dans la fonction : _____ Salarié à employeurs multiples : Oui ☐ Non ☐
Traitement annuel brut ⁽¹⁾ : _____ Taux de temps de travail _____ % si inférieur à 100 %, préciser raison : personnelle ☐ médicale ⁽²⁾ ☐
Date de suspension du contrat de travail : _____ Date de retour prévue : _____
Motif : Maternité ☐ Arrêt de travail ☐ Invalidité ☐ Congé parental ☐ Congé formation ☐ Congé sabbatique ☐ Autre _____
⁽¹⁾ correspondant au temps travaillé ⁽²⁾ dans ce cas, complétez obligatoirement le questionnaire de santé ⁽³⁾ Régime Social de Base

Identification de l'entreprise

RAISON SOCIALE (ou cachet)	NUMÉROS DES CONTRATS GARANTISSANT L'AFFILIÉ(E)			
	CONTRAT		SOUS/CONTRAT	
	_____	_____	_____	_____
RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE				
N° DE CONTRAT		N° D'AFFILIATION	EFFET	PTF
_____		_____	_____	_____

Identification du conjoint, partenaire ou concubin et des enfants à charge*

Nom - Prénoms	Sexe (M ou F)	Date de naissance	Lieu de naissance	N° Immatriculation R.S.B.
_____	☐	____/____/____	_____	____/____/____/____/____/____
_____	☐	____/____/____	_____	____/____/____/____/____/____
_____	☐	____/____/____	_____	____/____/____/____/____/____

* uniquement si souscription d'un contrat Santé

Affiliation au contrat Santé

Joindre un RIB (relevé d'identité bancaire), la photocopie de votre attestation Vitale ainsi que celle de vos ayants droit et les certificats de scolarité le cas échéant.

Si le contrat prévoit une cotisation Isolé/Ménage, le rattachement à l'une ou l'autre de ces catégories est :

- ☐ Obligatoirement déterminé en fonction de votre situation de famille
☐ Laissez à votre choix. Dans ce cas, cochez : ☐ Isolé (moi seul) ☐ Ménage (moi-même et mon conjoint, partenaire ou concubin et enfants à charge)
☐ Adulte - Nombre : _____ ☐ Enfant - Nombre : _____

Si une(des) garantie(s) optionnelle(s) est(sont) prévue(s), indiquer votre(vos) choix :

Affiliation au contrat Prévoyance : Désignation bénéficiaire particulière

Si vous désirez que la prestation garantie ne soit pas attribuée suivant la clause type contractuelle prévue dans la notice d'information, vous devez désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de votre choix en indiquant ci-après leur(s) nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Bénéficiaire particulier : _____
à défaut : _____

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre désignation de bénéficiaire(s) particulier(s). Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation. Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions suivantes : tant que vous êtes en vie, toute acceptation de bénéficiaire doit faire l'objet au moins trente jours après la date d'effet de votre affiliation lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit, soit d'un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit d'un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion des garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance, votre assureur et son distributeur, à ses prestataires ou sous-traitants, réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Elles peuvent être par ailleurs utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, lors de la gestion des contrats, vos données peuvent être transmises à l'organisme professionnel ALFA ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier au service des relations consommateurs dont l'adresse figure sur votre notice d'information.

Vos données peuvent être utilisées pour vous proposer des offres commerciales du groupe Groupama et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre ☐.

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations servant de base à l'affiliation au(x) contrat(s) dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon affiliation conformément à l'article L113-8 du code des assurances.

Fait à _____
le _____ Signature de l'affilié(e)
à faire précéder de la mention "lu et approuvé"

Questionnaire de Santé

Vous pouvez, si vous le souhaitez, confidentialiser ce document soit à l'aide de la zone préencollée, soit en l'adressant sous pli cacheté dans une enveloppe à l'attention de Gan Eurocourtage - M. Le Médecin Conseil - Service médical - Acceptations sinistres Vie - Immeuble Michelet - 4-8 cours Michelet - 92082 Paris La Défense Cedex

Nom - Prénom _____ Date de naissance ____/____/____ N° de contrat _____

Adresse _____ Raison sociale de l'entreprise _____

L'Assureur attire votre attention sur l'importance du questionnaire qui doit impérativement être daté, signé et comporter une réponse à toutes les questions, faute de quoi, l'Assureur ne pourrait vous garantir.

PASSÉ MÉDICAL

1 - Au cours des **10 dernières années**, avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, ablation des végétations ou de la vésicule biliaire, amygdalotomie, appendicectomie) ?

non ☐ oui ☐

Lesquelles ? _____
Pourquoi ? _____
Dates : _____

2 - Au cours des **5 dernières années** :

a) avez-vous consulté pour :

a₁) des troubles psychiques (ex. : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...) ?

non ☐ oui ☐

Dates et Précisions : _____

a₂) la colonne vertébrale (ex. : hernie discale, lombalgie, sciatique...) ?

non ☐ oui ☐

Dates et Précisions : _____

a₃) une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (ex. : épaule, genou, hanche...) ?

non ☐ oui ☐

Dates et Précisions : _____

a₄) un souffle cardiaque ?

non ☐ oui ☐

Dates et Précisions : _____

a₅) des troubles respiratoires (ex. : asthme, bronchites récidivantes...) ?

non ☐ oui ☐

Dates et Précisions : _____

b) avez-vous fait l'objet d'admission(s) à l'hôpital ou en clinique (sauf maternité) ?

non ☐ oui ☐

Dates et Précisions : _____

c) avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois (ex. : pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle...) ?

non ☐ oui ☐

Lequel et pour quelle affection ? _____

d) avez-vous eu un arrêt de travail de plus d'un mois ?

non ☐ oui ☐

Dates et motif : _____

3 - Avez-vous eu au cours des **12 derniers mois** :

non ☐ oui ☐

Précisez : _____

a) plus de 3 prescriptions d'arrêt de travail quelle qu'en soit la durée ?

non ☐ oui ☐

Dates : _____

b) des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la visite systématique (ex. : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie) ?

non ☐ oui ☐

Précisez : _____

Dates : _____

Résultats (les joindre si possible) : _____

4 - Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (sida) ?

non ☐ oui ☐

VHB ☐ Date : _____ Résultat Négatif ☐ Positif ☐

VHC ☐ Date : _____ Résultat Négatif ☐ Positif ☐

VIH ☐ Date : _____ Résultat Négatif ☐ Positif ☐

5 - Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100 % des frais médicaux) par votre organisme social de base (Sécurité Sociale, Mutualité Sociale Agricole...) ?

non ☐ oui ☐

Pour quelle raison ? _____

Date d'attribution de la première exonération ? _____

Est-elle toujours en cours ? _____

ÉTAT ACTUEL

6 - Votre taille (cm) : _____

Votre poids (en kg) : _____

7 - Êtes-vous en arrêt total ou partiel de travail ?

non ☐ oui ☐

Pour quelle raison ? _____

Depuis quelle date ? _____

Date prévue de reprise du travail : _____

8 - Êtes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie quelconque ?

non ☐ oui ☐

Laquelle ? _____

Depuis quand ? _____

9 - Suivez-vous un traitement médical (ex. : tranquillisants ; traitements pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle...) ?

non ☐ oui ☐

Lequel ? _____

Pourquoi ? _____

10 - Avez-vous une infirmité ou un handicap ?

non ☐ oui ☐

Précisez : _____

Date : _____

11 - Avez-vous une invalidité d'un taux supérieur à 15% ouvrant droit à pension ?

non ☐ oui ☐

Taux d'invalidité : _____

A quel titre ? ☐ Civil ☐ Sécurité Sociale ☐ Militaire

☐ Maladie professionnelle ☐ Accident du travail

12 - Êtes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ?

non ☐ oui ☐

Précisez : _____

Origine : _____

13 - Dans les **6 prochains mois**, devez-vous être hospitalisé ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ?

non ☐ oui ☐

Pourquoi ? _____

Dates : _____

Nature des examens : _____

Type d'intervention : _____

14 - Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire à l'aide de la zone préencollée pour examen par le seul médecin conseil de Gan ?

non ☐ oui ☐

J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé. Nécessaires à la gestion de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin conseil et à son service médical.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au Médecin conseil de l'assureur.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat (article L113-8 du code des assurances). Je, soussigné(e), certifie exactes et sincères les présentes déclarations servant de base à l'adhésion au contrat à intervenir et j'en prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

Fait à , _____

le ____/____/____

Signature de la personne à assurer précédée de la mention "lu et approuvé"

CONFIDENTIEL

Votre questionnaire
ne peut être ouvert que
par le Médecin Conseil
de Gan Eurocourtage