

Police N° : .....

N° d'affilié : .....

Nouvelle adhésion

Réctificatif

A renseigner S.V.P.(1)

**Souscripteur**

Dénomination sociale : .....

Adresse : .....

**Adhérent (e)**

Nom : ..... Prénom (s) : ..... Nom marital<sup>(2)</sup> : .....

Nationalité : ..... C.I.N/n° : ..... Situation de famille : .....

Date de naissance : ..... Sexe<sup>(3)</sup> : ..... Date d'adhésion : .....

Emploi occupé : ..... Date d'embauche : ..... R.I.B<sup>(\*)</sup> : .....

Matricule NSS<sup>(\*\*)</sup> n° : ..... Tél.: ..... Email : .....

(\*) Relevé d'Identité Bancaire (\*\*) Numéro de sécurité sociale

**Personnes à charge**

	Nom et prénom(s)	Sexe <sup>(3)</sup>	Date de naissance
Conjoint(s)	.....	.....	.....
Enfant(s)	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

(1) Cocher la case correspondant à votre choix

(2) Pour les femmes mariées

(3) Renseigner par M ou F

**Bénéficiaires en cas de décès**

La désignation des bénéficiaires en cas de décès est indiquée à l'article 13 des conditions générales. En cas de désignation différente, veuillez préciser ci-dessous les bénéficiaires en cas de décès.

Noms et prénoms	Lien de parenté	Date de naissance	Part %
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Déclarations**

Je déclare avoir répondu au questionnaire figurant au verso du présent bulletin d'adhésion.

Je déclare donner mon accord exprès à la cause d'arbitrage prévue aux conditions générales du contrat d'assurance et la notice d'information.

Fait à : ....., le : .....

Visa du souscripteur

Signature de l'adhérent

## Déclaration de l'adhérent

Merci de répondre explicitement à toutes les questions en cochant les cases correspondant à votre choix.

Questions	Adhérent(e)	conjoint	conjoint	conjoint
<b>Renseignements divers</b>				
Quel emploi occupez-vous actuellement ?	-----			
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Après de quelle compagnie ?	-----			
Depuis quand ?	-----			
Avez-vous bénéficié d'une assurance maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Après de quelle compagnie ?	-----			
Depuis quand ?	-----			
Suivez-vous un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été atteint de maladies graves ou chroniques ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquelles	-----			
Avez-vous subi des opérations chirurgicales ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquelles ?	-----			
Suites éventuelles ?	-----			
Avez-vous été remboursé par l'ancien assureur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis quand ?	-----			
Pour quel motif ?	-----			
Etes-vous atteint d'une infirmité ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle ?	-----			
Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
A quel titre ?	-----			
A quel taux ?	-----			
Date d'entrée en invalidité ?	-----			
Etes-vous atteint d'un défaut de la vue ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous en état de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, de combien de mois ?	-----			
Taille..... Poids..... Taille..... Poids..... Taille..... Poids.....				

## Questionnaire médical par enfant

Indiquez pour chaque enfant son état de santé actuel, les infirmités, les maladies antérieures, les opérations chirurgicales

Prénoms	Etat de santé actuel	Infirmités	Maladies antérieures	Opérations chirurgicales
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

Je déclare exactes et sincères les réponses ci-dessus. Je certifie notamment que les personnes pour lesquelles aucune infirmité ou maladie n'a été déclarée sont, à ma connaissance, en bon état de santé à ce jour.

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent