

Déclaration d'affiliation à l'assurance Prévoyance Collective et Santé

Contractant souscripteur de l'assurance groupe

Désignation :

Adresse :

(*) Nouvelle affiliation Rectificatif**Adhérent (e)**

Nom : Prénom (s) : Nationalité :

Sexe (*) M ou F Situation de famille : Emploi occupé :

Date de naissance : Date d'entrée en fonction : Date d'adhésion :

Tél. : Email :

Bénéficiaire(s) de la garantie maladie

Conjoint (s)	Nom (Jeune -fille) et prénom (s)	Sexe	Date de naissance

.....
Enfant (s)	Prénom	Sexe	Date de naissance

Bénéficiaires en cas de décès

En cas de décès pendant la période de garantie, je soussigné(e) désigne comme bénéficiaires(s) :

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

(*) Cocher la case correspondant à votre choix

Visa du contractant

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
Renseignements divers				
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