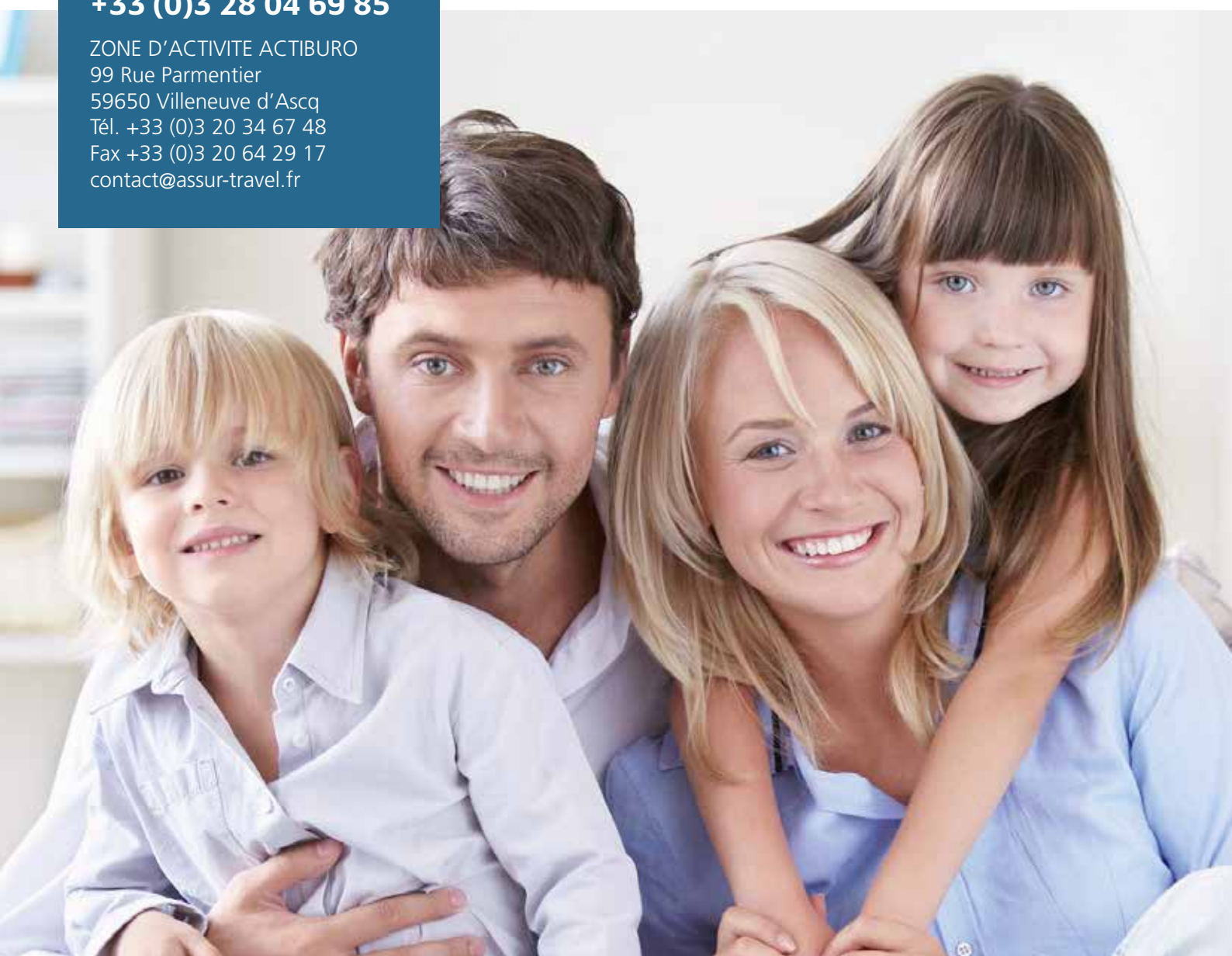


Hotline :
+33 (0)3 28 04 69 85

ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO
99 Rue Parmentier
59650 Villeneuve d'Ascq
Tél. +33 (0)3 20 34 67 48
Fax +33 (0)3 20 64 29 17
contact@assur-travel.fr



Demande d'adhésion plan Santé expatriés

Conditions **2017**

INFORMATIONS / CONSEILS



Dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, la loi du 15 décembre 2005 et son décret d'application du 30 août 2006 ont mis en avant la nécessité d'un renforcement de la protection et du service des futurs assurés. Ce diagnostic nous est nécessaire pour déterminer de façon claire et exacte vos besoins et objectifs en matière d'assurance et ainsi, adapter précisément notre offre à votre situation. Les informations suivantes vous sont données en application des articles L.520-1 et R.520-1 du code des assurances.

ASSUR TRAVEL exerce une activité de courtage d'assurance grossiste. A ce titre, elle confie à des partenaires: à des **Courtiers Conseils**, le soin de proposer à des prospects et/ou clients, l'adhésion à des contrats d'assurance collectifs à adhésion facultative souscrits par l'**Association Santé Prévoyance Internationale (ASPI)** auprès des compagnies d'assurance porteuses de risque.

L'Association Santé Prévoyance Internationale (ASPI) dont le siège est 49 bld de Strasbourg à Lille a pour objet de faire bénéficier à ses adhérents détachés ou expatriés, des contrats d'assurance santé, prévoyance, assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée aux meilleurs tarifs.

I - COURTIER CONSEIL

Cachet du courtier :

ASSUR TRAVEL COURTAGE
Courtier en Assurances
49 Bld de Strasbourg - 59000 Lille
Tél : 03 20 34 67 48 - Fax : 03 20 64 29 17
RCS Lille 510 994 528

N° ORIAS : 090 504 79

II - INFORMATIONS LÉGALES

Le futur assuré peut vérifier l'immatriculation de son courtier conseil à l'adresse suivante :

ORIAS : Organisme pour le registre des Intermédiaires d'Assurances www.orias.fr - 1 rue Jules Lefebvre - 75311 Paris Cedex 09 - Mail : contact@orias.fr

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, le contrat qui vous est proposé a été sélectionné parmi les offres émanant d'organismes d'assurance partenaires privilégiés de notre cabinet.

Nous tenons à votre disposition leurs noms et coordonnées, sur simple demande de votre part. En cas de réclamation, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse indiquée au I. Courtier Conseil.

Il est enfin rappelé les coordonnées de l'autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles :

ACPR - Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution - 61 Rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09

III - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Par ailleurs, en tant que de besoin, nous vous précisons :

que notre cabinet détient une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital de la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

que la ou des entreprise(s) d'assurance suivante(s) :

détient (détenient) une participation directe ou indirecte supérieure à 10% des droits de vote ou du capital émanant de notre cabinet.

IV - INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

M. Mme Mlle

Nom : Prénom : Adresse : CP : Ville : E-mail : @ Tél. : **1 - Situation professionnelle :**

Salarié Indépendant Retraité Etudiant

Quelle est votre profession ? **2 - Votre statut :**

| | Date de naissance | Sexe | |
|---------------------------|----------------------|------|---|
| Vous : | <input type="text"/> | M | F |
| Votre conjoint : | <input type="text"/> | M | F |
| 1 ^{er} enfant : | <input type="text"/> | M | F |
| 2 ^{ème} enfant : | <input type="text"/> | M | F |
| 3 ^{ème} enfant : | <input type="text"/> | M | F |
| 4 ^{ème} enfant : | <input type="text"/> | M | F |

Avez-vous une garantie santé actuellement ? OUI NON Si OUI, laquelle ? **3 - Expression de vos besoins :**Durée de votre expatriation : Destination : Objet : **Quelles sont les garanties souhaitées :**

| | | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Santé 1er euro : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Complémentaire santé (CFE ou SS) : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Assistance rapatriement : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Responsabilité Civile (vie privée) : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Prévoyance décès : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| Arrêt de travail : | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

4 - Date d'effet de la garantie souhaitée : **V - VOTRE SOLUTION**

Au vu des besoins exprimés au terme du présent diagnostic, nous vous recommandons de souscrire la garantie :

proposée par ASSUR TRAVEL.

Vous trouverez joint à ce diagnostic, un document détaillé présentant l'offre avec la cotisation, le détail des garanties.

Le client reconnaît avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessus, en avoir conservé un exemplaire, et avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

Fait à : Remis le :

en 2 exemplaires

Votre courtier conseil

Vous



CONTRAT N° A 4916 0001 à 0006

Date d'adhésion souhaitée :

Cachet : **ASSUR TRAVEL COURTAGE**
 Courtier en Assurances
 49 Bld de Strasbourg - 59000 Lille
 Tél : 03 20 34 67 48 - Fax : 03 20 64 29 17
 RCS Lille 510 994 528
 N°ORIAS : 090 504 79

L'ADHÉRENT

Nom : Prénom : Sexe : M F
 N° Sécurité Sociale : Né(e) le : Nationalité :
 Profession : Pays d'expatriation :
 Adresse : Tél. : Fax :
 C.P. : Ville : E-mail :

MEMBRES DE LA FAMILLE

| LES PERSONNES À ASSURER : NOM ET PRÉNOM | N° Sécurité Sociale | Sexe | Date de naissance |
|---|----------------------|---|----------------------|
| Conjoint* : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |
| Enfant 1 : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |
| Enfant 2 : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |
| Enfant 3 : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |
| Enfant 4 : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |

*le terme de « conjoint » s'entend au sens du contrat.

GARANTIES CHOISIES

Je choisis les garanties suivantes :

SANTÉ

BASIC* PREMIUM ACCESS* PREMIUM*
 CONFORT ACCESS CONFORT SUMMUM

*uniquement si vous êtes expatrié dans la Zone A, B ou C.

Territorialité : **Zone A** Afrique (hors Afrique du Sud), Belgique et France. **Zone B** Pays non listés dans les zones A, C et D
 Zone C Brésil, Chine, Espagne, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Royaume-Uni, Russie, Singapour, Emirats Arabes Unis et Australie **Zone D** Canada, Japon et Bahamas

Je souhaite que les prestations Santé soient versées :

au 1^{er} Euro en complément de la C.F.E, adhérent depuis le : en complément de la Sécurité sociale

Tarif : Individuel Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant) Famille Franchise annuelle : 150 € 300 € NON

PRÉVOYANCE

Capital Décès / PTIA* Montant choisi : €
 minimum 30.000 € maximum 300.000 €
 Par tranche de 30.000 €, maximum versé : 300 % du salaire annuel brut ou 90.000 € si non salarié

Exonération

Option**

| | |
|---|---|
| Incapacité Temporaire de Travail | Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> |
| Incapacité permanente | Indemnité journalière <input type="text"/> Montant choisi : <input type="text"/> € minimum 30 € maximum 150 € Par tranche de 30 € |

* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. ** Cette option peut être souscrite à condition que la garantie Capital Décès /PTIA soit souscrite.

Vous êtes : Salarié(e) Non salarié(e) Si vous êtes salarié(e), le montant de votre salaire annuel brut : €

ASSISTANCE OUI NON Individuel Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant) Famille Zone A Zones B,C,D

RESPONSABILITE CIVILE OUI NON Individuel Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant) Famille Zones A,B,C Zone D



TARIFS PROPOSÉS

TARIFS MENSUELS :

Santé : Décès / PTIA : Assistance : Arrêt de travail : Responsabilité Civile :

Droit adhésion annuel ASPI : 23 €

TOTAL MENSUEL : TOTAL ANNUEL :

Ce document ne constitue pas un engagement contractuel de la part d'ASSUR-TRAVEL.

La cotisation est calculée sur la base du tarif en vigueur et valable jusqu'au 31 mars de chaque année.

Fait à :
le :

Signature du souscripteur pour
acceptation du devis :

Votre courtier conseil :

ASSUR TRAVEL COURTAGE

Courtier en Assurances

49 Bld de Strasbourg - 59000 Lille

Tél : 03 20 34 67 48 - Fax : 03 20 64 29 17

RCS Lille 510 994 528

N°ORIAS : 090 504 79

Les garanties Santé et Prévoyance sont accordées par **SwissLife Prévoyance et Santé** - Siège social : 7 Rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET - SA au capital social de 150 000 000 € - 322.215.021 RCS Nanterre, entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R.) - 61 rue Taitbout - 75009 PARIS - FRANCE.

La garantie Assistance est accordée par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, 79000 Niort, immatriculée sous le n° 481 511 632 RCS Niort, entreprise régie par le Code des Assurances.

La garantie responsabilité civile vie privée est accordée par **TOKIO MARINE KILN** - Tokio Marine Kiln Insurance Limited (UK), Société anonyme de droit anglais, siège établi au 20 Fenchurch Street, London EC3M 3BY N°company Registration house 989421 England - Capital social : £35.000.000. Entreprise agréée par l'Autorité de régulation prudentielle (Prudential Regulation Authority - PRA), contrôlée par celle-ci ainsi que par l'Autorité de conduite financière du Royaume-Uni (Financial Conduct Authority - FCA) et agissant en conformité avec les règles françaises du Code des assurances..

ASSUR-TRAVEL - Courtier Grossiste en assurances - N° ORIAS 07030650 - www.orias.fr

Membre fondateur du Syndicat Planète Courtier - Collège grossiste, Syndicat national des Courtiers Grossistes Souscripteurs en Assurance

Siège social : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - France - Tél: 03 20 34 67 48 - Fax: 03 20 64 29 17

SAS au capital de 100.000 € - RCS LILLE 451 947 378

Entreprise régie par le Code des assurances sous l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) 61 Rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

Souscripteur d'une assurance Responsabilité Civile et Garantie financière QBE N° GFICAP0005186 et N°ICAP0005185

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, Assur-travel exerce comme courtier en assurances.

La liste des compagnies d'assurance avec lesquelles nous travaillons est à votre disposition sur simple demande.

Service réclamation : ASSUR TRAVEL- Service Réclamation - ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - Tél: 03 20 34 67 48

Délais de traitement des réclamations : sous 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.

Si notre service réclamation ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez saisir le médiateur de Planète Courtier par courrier simple à :

Service de la Médiation Planète Courtier 12 - 14 Rond-Point des Champs Elysées 75008 Paris, ou mediation@planetecourtier.com

BULLETIN D'ADHESION 1/3



Document à retourner au centre de gestion :
GAPI – ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO
99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq

CONTRAT N° A 4916 0001 à 0006

Date d'adhésion souhaitée :

Cachet : **ASSUR TRAVEL COURTAGE**
Courtier en Assurances
49 Bld de Strasbourg - 59000 Lille
Tél : 03 20 34 67 48 - Fax : 03 20 64 29 17
RCS Lille 510 994 528
N°ORIAS : 090 504 79

L'ADHÉRENT

Nom : Prénom : Sexe : M F
N° Sécurité Sociale : Né(e) le : Nationalité :
Profession : Pays d'expatriation :
Adresse : Tél. : Fax :
C.P. : Ville : E-mail :

MEMBRES DE LA FAMILLE

| LES PERSONNES À ASSURER : NOM ET PRÉNOM | N° Sécurité Sociale | Sexe | Date de naissance |
|---|----------------------|---|----------------------|
| Conjoint* : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |
| Enfant 1 : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |
| Enfant 2 : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |
| Enfant 3 : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |
| Enfant 4 : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> |

*le terme de « conjoint » s'entend au sens du contrat.

GARANTIES CHOISIES

Je choisis les garanties suivantes :

SANTÉ

BASIC* PREMIUM ACCESS* PREMIUM*
 CONFORT ACCESS CONFORT SUMMUM

*uniquement si vous êtes expatrié dans la Zone A, B ou C.

Territorialité : **Zone A** Afrique (hors Afrique du Sud), Belgique et France. **Zone B** Pays non listés dans les zones A, C et D
 Zone C Brésil, Chine, Espagne, Hong Kong, Israël, Italie, Liban, Royaume-Uni, Russie, Singapour, Emirats Arabes Unis et Australie **Zone D** Canada, Japon et Bahamas

Je souhaite que les prestations Santé soient versées :

au 1^{er} Euro en complément de la C.F.E, adhérent depuis le : en complément de la Sécurité sociale

Tarif : Individuel Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant) Famille Franchise annuelle : 150 € 300 € NON

PRÉVOYANCE

Capital Décès / PTIA* Montant choisi : €
minimum 30.000 € maximum 300.000 €
Par tranche de 30.000 €, maximum versé : 300 % du salaire annuel brut ou 90.000 € si non salarié

Exonération

Option**

| | |
|---|---|
| Incapacité Temporaire de Travail | Franchise : 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> |
| Incapacité permanente | Indemnité journalière <input type="text"/> Montant choisi : <input type="text"/> € minimum 30 € maximum 150 € Par tranche de 30 € |

* Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. ** Cette option peut être souscrite à condition que la garantie Capital Décès /PTIA soit souscrite.

Vous êtes : Salarié(e) Non salarié(e) Si vous êtes salarié(e), le montant de votre salaire annuel brut : €

ASSISTANCE OUI NON Individuel Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant) Famille Zone A Zones B,C,D

RESPONSABILITE CIVILE OUI NON Individuel Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant) Famille Zones A,B,C Zone D



Document à retourner au centre de gestion :
GAPI – ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO
99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Adresse d'envoi des décomptes de remboursement :

Adresse : _____

 CP : _____ Ville : _____

Mode de remboursement :

Chèque Virement (joindre un RIB)

Devise de remboursement :

Euro Autre : _____

RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Adresse d'envoi des appels de cotisations :

Adresse : _____

 CP : _____ Ville : _____

Périodicité :

Annuelle Semestrielle trimestrielle

Modes de paiement :

Chèque Paiement en ligne
 Virement bancaire Prélèvement automatique

Devise de règlement :

Euro Autre : _____

Déclarations :

- Je demande et déclare adhérer à l'Association Santé Prévoyance Internationale (ASPI), 49 Boulevard de Strasbourg, 59000 Lille France, dont la cotisation est fixée à 23€ TTC/an et par famille.
- Je reconnais avoir reçu la notice d'information, en avoir pris connaissance et en avoir conservé un exemplaire.
- **Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus et des réponses au questionnaire médical qui serviront de base à mon adhésion. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entrainera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, et que toute omission ou déclaration inexacte entrainera l'application des sanctions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.**
- Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité Sociale conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant directement au Correspondant Informatique et Libertés de GAPI, ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO – 99 Rue Parmentier 59650 Villeneuve d'Ascq - France.
- J'autorise GAPI à recevoir pour mon compte les décomptes du remboursement de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) ou de la Sécurité Sociale et à percevoir directement de ces dernières le remboursement des frais d'hospitalisation pour lesquels j'ai bénéficié du tiers payant.

Fait à : _____
 le : _____

Signature de l'adhérent (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Les garanties Santé et Prévoyance sont accordées par **SwissLife Prévoyance et Santé** - Siège social : 7 Rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET - SA au capital social de 150 000 000 € - 322 215 021 RCS Nanterre, entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R.) - 61 rue Taitbout - 75009 PARIS - FRANCE.

La garantie Assistance est accordée par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, 79000 Niort, immatriculée sous le n° 481 511 632 RCS Niort, entreprise régie par le Code des Assurances.

La garantie responsabilité civile vie privée est accordée par **TOKIO MARINE KILN** - Tokio Marine Kiln Insurance Limited (UK), Société anonyme de droit anglais, siège établi au 20 Fenchurch Street, London EC3M 3BY N°company Registration house 989421 England – Capital social : £35.000.000. Entreprise agréée par l'Autorité de régulation prudentielle (Prudential Regulation Authority – PRA), contrôlée par celle-ci ainsi que par l'Autorité de conduite financière du Royaume-Uni (Financial Conduct Authority – FCA) et agissant en conformité avec les règles françaises du Code des assurances..

ASSUR-TRAVEL - Courtier Grossiste en assurances - N° ORIAS 07030650 - www.orias.fr

Membre fondateur du Syndicat Planète Courtier – Collège grossiste, Syndicat national des Courtiers Grossistes Souscripteurs en Assurance
 Siège social : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - France - Tél: 03 20 34 67 48 - Fax: 03 20 64 29 17
 SAS au capital de 100.000 € - RCS LILLE 451 947 378

Entreprise régie par le Code des assurances sous l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) 61 Rue Taitbout 75436 Paris cedex 09
 Souscripteur d'une assurance Responsabilité Civile et Garantie financière QBE N° GFICAP0005186 et N°ICAP0005185

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, Assur-travel exerce comme courtier en assurances.

La liste des compagnies d'assurance avec lesquelles nous travaillons est à votre disposition sur simple demande.

Service réclamation : ASSUR TRAVEL- Service Réclamation - ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - Tél: 03 20 34 67 48

Délais de traitement des réclamations : sous 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.

Si notre service réclamation ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez saisir le médiateur de Planète Courtier par courrier simple à :
 Service de la Médiation Planète Courtier 12 - 14 Rond-Point des Champs Elysées 75008 Paris, ou mediation@planetecourtier.com



Document à retourner au centre de gestion :
GAPI – ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO
99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq

Désignation du bénéficiaire

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse (pour retour de l'accusé de réception) :

Code Postal :

Commune :

ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DU CAPITAL DÉCÈS

A défaut de désignation d'un Bénéficiaire, ou si cette désignation résulte être caduque, le bénéfice du capital est attribué, par ordre de préférence :

- au conjoint de l'Adhérent non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, au partenaire de l'Adhérent lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'Adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, aux père et mère de l'Adhérent, par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'Adhérent.

Avertissement :

INDIQUER: Nom de naissance, noms d'usage, prénom(s) d'état civil (tous les prénoms de l'état civil dans le même ordre), prénom d'usage, date de naissance, commune et département de naissance, adresse, ainsi que la répartition par part pour chacun d'eux. Lorsqu'un bénéficiaire déterminé accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (article L. 132-9 du Code des assurances).

L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes : soit par un avenant signé par l'assureur, par l'adhérent et par le bénéficiaire ; soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement par l'adhérent et par les bénéficiaires (cette seconde modalité n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée).

Informatique et libertés : Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité Sociale conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant directement au Correspondant Informatique et Libertés de GAPI, ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France.

Signature de l'adhérent

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent :



SwissLife

SwissLife Prévoyance et Santé - Siège social : 7 Rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET

SA au capital social de 150 000 000 €- 322 215 021 RCS Nanterre

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R)

61 rue Taitbout – 75009 PARIS - FRANCE



Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat - réservé au créancier

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) GAPI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de GAPI. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués * :

| | |
|--|---|
| Votre nom : | * <i>Nom et prénom du(des) débiteur(s)</i> |
| Votre adresse : | * <i>Numéro et nom de la rue</i> |
| | * <i>Code postal</i> * <i>Ville</i> |
| | * <i>Pays</i> |
| Les coordonnées de votre compte : | * <i>Numéro d'identification internationale de votre banque - IBAN (International Bank Account Number)</i> |
| | * <i>Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank International Code)</i> |
| Nom du créancier : | GAPI FR15ZZZ519369 <i>Nom du créancier</i> <i>Identifiant du créancier</i> |
| | 16 rue de la Fontaine au Roi <i>Numéro et nom de la rue</i> |
| | 75011 PARIS <i>Code postal</i> <i>Ville</i> |
| | FRANCE <i>Pays</i> |
| Type de paiement : | PAIEMENT RÉCURRENT |

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

| | | |
|--------------------|------------------|------------------|
| Signé à : | * <i>Lieu</i> | * <i>Date</i> |
| Signature : | * | |

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

| | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------------|
| Code identifiant du débiteur : | <i>Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque</i> | |
| Contrat concerné : | <i>Numéro d'identification du contrat - Réservé au créancier</i> | <i>Description du contrat</i> |

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| A retourner à : | GAPI ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier 59650 Villeneuve d'Ascq - France | Zone réservée à l'usage exclusif du créancier : | |
|------------------------|--|--|--|

ADHERENT AU CONTRAT - 1/2

(le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

IMPORTANT :

chaque question doit comporter une réponse. Cocher la case correspondante.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, vous devez apporter toutes les précisions utiles au paragraphe 14 (date, motif, durée, nature du traitement ou des examens, suites et séquelles, etc ...) daté et signé de votre part, en indiquant expressément à quelle(s) question(s) ces précisions se rapportent.

Pour des raisons de confidentialité, vous devez adresser le présent questionnaire médical sous pli confidentiel au médecin conseil de la société de gestion **GAPI, ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France.**

LISEZ TRES ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

Le présent questionnaire doit, impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.

QUESTIONS

| | L'adhérent | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 | Enfant 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Quel est votre poids ? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Quelle est votre taille ? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. 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, amygdalectomie, appendicectomie) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 4. Au cours des 5 dernières années : | | | | | |
| a) avez-vous consulté pour : | | | | | |
| a1) des troubles psychiques (ex. anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a2) la colonne vertébrale (ex. hernie discale, lombalgie, sciatique, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a3) une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (ex. épaule, genou, hanche, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a4) un souffle cardiaque ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a5) des troubles respiratoires (ex. asthme, bronchites récidivantes, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| b) avez-vous fait l'objet d'admission(s) à l'hôpital ou en clinique (sauf maternité) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| c) avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois (ex. pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| d) avez-vous eu un arrêt de travail de plus d'un mois ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 5. Avez-vous eu au cours des 12 derniers mois : | | | | | |
| a) plus de 3 prescriptions d'arrêt de travail quelle qu'en soit la durée ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| b) des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la visite systématique (ex. : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 6. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (virus du sida) dont le résultat a été positif ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 7. Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100 % des frais médicaux) par votre régime social de base ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 8. Etes-vous en arrêt total ou partiel de travail pour maladie ou accident ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 9. Etes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical (ex. tranquillisants, traitements pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 10. Avez-vous une infirmité, un handicap, une invalidité d'un taux supérieur à 15 % ouvrant droit à pension ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 11. Etes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 12. Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu dans les 12 prochains mois ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 13. Dans les 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |

NOM et PRENOM de l'adhérent :

Paraphe :



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

ADHERENT AU CONTRAT - 2/2

14 – PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus et des réponses au questionnaire médical qui serviront de base à mon adhésion. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entrainera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, et que toute omission ou déclaration inexacte entrainera l'application des sanctions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.

- Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité Sociale conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant directement au Médecin conseil de l'assureur (7 rue Belgrand 92 300 Levallois-Perret) ou de son Gestionnaire (ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France).

NOM et PRENOM de l'adhérent :

Fait à :

le :

Signature de l'adhérent (précédée de la mention « lu et approuvé »)

CONJOINT DE L'ADHERENT - 1/2

(le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

IMPORTANT :

chaque question doit comporter une réponse. Cocher la case correspondante.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, vous devez apporter toutes les précisions utiles au paragraphe 14 (date, motif, durée, nature du traitement ou des examens, suites et séquelles, etc ...) daté et signé de votre part, en indiquant expressément à quelle(s) question(s) ces précisions se rapportent.

Pour des raisons de confidentialité, vous devez adresser le présent questionnaire médical sous pli confidentiel au médecin conseil de la société de gestion **GAPI, ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France.**

LISEZ TRES ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

Le présent questionnaire doit, impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.

| QUESTIONS | Conjoint de l'adhérent | Enfant 1* | Enfant 2* | Enfant 3* |
|--|---|---|---|---|
| 1. Quel est votre poids ? | | | | |
| 2. Quelle est votre taille ? | | | | |
| 3. 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, amygdalectomie, appendicectomie) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 4. Au cours des 5 dernières années : | | | | |
| a) avez-vous consulté pour : | | | | |
| a1) des troubles psychiques (ex. anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a2) la colonne vertébrale (ex. hernie discale, lombalgie, sciatique, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a3) une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (ex. épaule, genou, hanche, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a4) un souffle cardiaque ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| a5) des troubles respiratoires (ex. asthme, bronchites récidivantes, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| b) avez-vous fait l'objet d'admission(s) à l'hôpital ou en clinique (sauf maternité) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| c) avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois (ex. pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| d) avez-vous eu un arrêt de travail de plus d'un mois ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 5. Avez-vous eu au cours des 12 derniers mois : | | | | |
| a) plus de 3 prescriptions d'arrêt de travail quelle qu'en soit la durée ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| b) des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la visite systématique (ex. : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 6. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (virus du sida) dont le résultat a été positif ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 7. Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100 % des frais médicaux) par votre régime social de base ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 8. Etes-vous en arrêt total ou partiel de travail pour maladie ou accident ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 9. Etes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical (ex. tranquillisants, traitements pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle, ...) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 10. Avez-vous une infirmité, un handicap, une invalidité d'un taux supérieur à 15 % ouvrant droit à pension ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 11. Etes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 12. Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu dans les 12 prochains mois ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| 13. Dans les 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ? | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |

* enfant rattaché au conjoint qui ne figure pas sur le questionnaire de l'adhérent.

NOM et PRENOM du conjoint :

Paraphe :



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

CONJOINT DE L'ADHERENT- 2/2

15 – PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

Large empty rectangular area for providing additional information.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus et des réponses au questionnaire médical qui serviront de base à mon adhésion. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entrainera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, et que toute omission ou déclaration inexacte entrainera l'application des sanctions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.

- Je déclare avoir été informé(e) que les réponses et informations fournies dans le présent document valent acceptation de la procédure d'échange des données avec la Sécurité Sociale conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant en m'adressant directement au Médecin conseil de l'assureur (7 rue Belgrand 92 300 Levallois-Perret) ou de son Gestionnaire (ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France).

NOM et PRENOM du conjoint :

Fait à :

le :

Signature du conjoint de l'adhérent

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

Avez-vous complété, daté, paraphé et signé ?

- La fiche d'information et de conseil
- Le devis
- Le bulletin d'adhésion
- Le questionnaire médical
(attention aucune rature n'est acceptée par la compagnie, si le cas se présente complétez un nouveau QM)

Avez-vous joint à votre demande ?

- Photocopie de votre passeport
- Relevé d'identité bancaire
- Certificat d'affiliation à la CFE si le cas se présente
- Certificat de scolarité ou photocopie de la carte étudiante de l'année en cours des enfants à charge de plus de 16 ans
- Certificat de radiation de votre dernier contrat santé ou organismes complémentaires si le cas se présente
- Tableau des garanties de votre dernier contrat santé ou organismes complémentaires si le cas se présente

Où envoyer votre demande d'adhésion ?

GAPI, ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France

Pour toutes demandes d'informations complémentaires :

Contactez notre centre de gestion GAPI

Tél : 33 (0)3 28 54 03 20 - contact@gapigestion.com



assur-travel

ASSUR-TRAVEL - Courtier Grossiste en assurances - N° ORIAS 07030650 - www.orias.fr

Membre fondateur du Syndicat Planète Courtier – Collège grossiste, Syndicat national des Courtiers Grossistes Souscripteurs en Assurance
Siège social : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - France - Tél: 03 20 34 67 48 - Fax: 03 20 64 29 17
SAS au capital de 100.000 € - RCS LILLE 451 947 378

Entreprise régie par le Code des assurances sous l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 Rue Taitbout 75436 Paris cedex 09
Souscripteur d'une assurance Responsabilité Civile et Garantie financière QBE N° GFICAP0005186 et N°ICAP0005185

Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, Assur-travel exerce comme courtier en assurances.

La liste des compagnies d'assurance avec lesquelles nous travaillons est à votre disposition sur simple demande.

Service réclamation : ASSUR TRAVEL- Service Réclamation - ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - Tél: 03 20 34 67 48

Délais de traitement des réclamations : sous 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.

Si notre service réclamation ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez saisir le médiateur de Planète Courtier par courrier simple à :

Service de la Médiation Planète Courtier 12 - 14 Rond-Point des Champs Elysées 75008 Paris, ou mediation@planetecourtier.com