



Document à retourner au centre de gestion :
GAPI – 58, rue de l'Arcade – 75008 PARIS



COURTIER CONSEIL

Date d'adhésion souhaitée :

L'ADHÉRENT

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

MEMBRES DE LA FAMILLE

LES BÉNÉFICIAIRES À ASSURER : NOM ET PRÉNOM

	SEXE	DATE DE NAISSANCE
Conjoint :	M F	<input type="text"/>
Enfant 1 :	M F	<input type="text"/>
Enfant 2 :	M F	<input type="text"/>
Enfant 3 :	M F	<input type="text"/>
Enfant 4 :	M F	<input type="text"/>

GARANTIES CHOISIES

Prévoyance
Garantie DECES / IAD : OUI NON Montant du capital :
 multiple de 30.000 € avec un maxi de 300.000 €
Garantie ARRÊT DE TRAVAIL : OUI NON Montant de l'indemnité journalière :
 multiple de 30 € avec un maxi de 150 €
 Franchise : 30 jours 60 jours 90 jours

Santé
 Individuel Complémentaire CFE, si autre, précisez :
 Famille 1er Euro
 PREMIUM PREMIUM 150 PREMIUM 300 CONFORT CONFORT 150 CONFORT 300 SUMMUM SUMMUM 150 SUMMUM 300
 Zone A Zone B Zone C

Assistance OUI NON Individuel Famille Zone 1 Zone 2
Responsabilité Civile OUI NON Individuel Famille Zone A et B Zone C

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Adresse d'envoi des décomptes de remboursement :
 Rue :
 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 :
 Rue :
 CP : Ville :

Périodicité :
 Annuelle Semestrielle trimestrielle
Devise de règlement :
 Euro Autre :

Je déclare donner mon consentement à l'assurance en cas de décès. 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 de santé qui serviront de base à mon adhésion et j'en prends la responsabilité, même si elles sont écrites par une autre personne. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.113-8 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 en respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qu'il m'est possible d'exercer mon droit d'accès et de rectification des informations me concernant.
 J'autorise GAPI à recevoir pour mon compte les décomptes du remboursement CFE ou des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et à percevoir directement de la CFE ou des Caisses Primaires d'Assurance Maladie, 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 »)

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

N° NATIONAL D'EMETEUR : **519369**

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les montants trimestriels des cotisations dues au créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. La présente est valable jusqu'à annulation de ma part en temps voulu au créancier.

Nom, prénom et adresse du débiteur :

Nom et adresse du créancier :
GAPI
 58, rue de l'Arcade - 75008 PARIS - France

Compte à débiter : Banque Guichet N° de compte Clé

Nom et Adresse Postale de l'Etablissement Teneur du compte à débiter

Date : **Signature obligatoire :**





Désignation du bénéficiaire

> Identification de l'affilié(e)

Nom : M. Mme Mlle

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

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

Code Postal : _____ Commune : _____

Catégorie de Personnel : _____

> Identification de l'entreprise

Raison Sociale (ou cachet) : _____

Contrat _____ Sous-contrat _____

Portefeuille :

> Attribution du bénéfice du capital décès

Si l'affilié(e) désire que le capital garanti ne soit pas attribué suivant la clause type contractuelle prévue dans la notice d'information, il (elle) doit désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de son choix en indiquant ci-après leurs nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse (et nom de jeune fille pour les femmes mariées) et éventuellement les quotes parts de capital attribuées à chaque bénéficiaire.

Je soussigné(e), affilié(e) au contrat visé ci-dessus, désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

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 nominatives sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion du contrat et de ses garanties. Elles sont destinées au courtier, à l'assureur, à ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels dans le cadre des dispositions légales et réglementaires. Le souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant par mail à relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr ou par courrier à Gan Eurocourtage - Services des relations avec les consommateurs - Immeuble Elysées La Défense - 7 place du Dôme - TSA 59876 - 92099 La Défense Cedex. Ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale par les entreprises du groupe Groupama. Si vous ne le souhaitez pas, cocher la case ci-contre :

CETTE DÉCLARATION ANNULE ET REMPLACE
TOUTE DÉSIGNATION ANTÉRIEURE

Cachet de l'Assureur

(1) Je ne désire pas recevoir d'accusé de réception, je conserve donc le double de la présente.

(1) Je désire au contraire, recevoir le double authentifié de la présente, à l'adresse indiquée dans « l'identification de l'affilié(e) ».

Fait à _____ le _____

Signature à faire précéder de la mention "lu et approuvé"

(1) Cocher la case adéquate



ADHERENT AU CONTRAT - 1/2 (le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

IMPORTANT : ce questionnaire doit être rempli à la main. Les traits ne sont pas valables. Chaque question doit comporter une réponse. Cocher la case correspondante.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions (sauf à la question 14), vous devez apporter toutes les précisions utiles au paragraphe 15 (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.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, confidentialiser ce questionnaire de santé et vos précisions complémentaires en les adressant sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil de la société de gestion G.A.P.I. – 58, rue de l'Arcade – 75008 Paris.

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 ?					
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"/> 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 <input type="checkbox"/> NON
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
14. Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire pour examen par le seul médecin-conseil de la société de gestion G.A.P.I. ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI				

Paraphe :



ADHERENT AU CONTRAT - 2/2

15 – PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations, même si elles sont écrites par une autre personne.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat (article L.113-8 du Code des assurances).

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 de votre adhésion et de vos garanties. Elles sont destinées, à votre assureur, à ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier à votre assureur. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé nécessaires à la gestion de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont destinées également aux services de gestion de votre assureur ou de son gestionnaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant au Médecin conseil de l'assureur (GAN EUROCOURTAGE – 7 Place du Dôme – 92099 La Défense cedex) ou de son gestionnaire (G.A.P.I. – 58 rue de l'Arcade – 75008 Paris).

Fait à :

le :

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

NB : n'oubliez pas de joindre les deux feuillets de ce questionnaire et les deux feuillets de celui de votre conjoint à votre bulletin d'adhésion individuel.

GAN Gan Eurocourtage - Compagnie française d'assurances et de réassurances. Société Anonyme au capital de 8 055 564 euros (entièrement versé)
RCS Paris 410 332 738 – APE : 6512Z - Immeuble Elysées La Défense – 7 place du Dôme – TSA 59876 – 92099 La Défense Cedex – Tél. : 01 70 96 60 00
www.gan-eurocourtage.fr – contact@eurocourtage.com - Service des relations avec les consommateurs : Tél. : 01 70 96 67 37 – relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr
Gan Eurocourtage distribue les produits de Groupama Gan Vie – Société Anonyme au capital de 413 036 043 euros (entièrement versé) – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z
Sièges sociaux : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77 - Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential.
61 rue Taitbout – 75009 Paris

ASSUR-TRAVEL SAS au capital de 38.000 € - 451 947 378 RCS LILLE - Siège Social : 49, boulevard de Strasbourg - 59000 LILLE
Tél. 03 20 34 67 48 - Fax : 03 20 64 29 17 - N°Orias 07030650 – www.orias.fr

GAPI SARL au capital de 5.000 € - 490 676 228 RCS PARIS - Siège Social : 58, rue de l'Arcade - 75009 PARIS - Tél. 01 44 69 50 20 - Fax : 01 44 69 05 93



CONJOINT DE L'ADHERENT - 1/2 (le présent questionnaire est composé de 2 feuillets)

IMPORTANT : ce questionnaire doit être rempli à la main. Les traits ne sont pas valables. Chaque question doit comporter une réponse. Cocher la case correspondante.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions (sauf à la question 14), vous devez apporter toutes les précisions utiles au paragraphe 15 (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.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, confidentialiser ce questionnaire de santé et vos précisions complémentaires en les adressant sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil de la société de gestion G.A.P.I. – 58, rue de l'Arcade – 75008 Paris.

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"/> 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
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
14. Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire pour examen par le seul médecin-conseil de la société de gestion G.A.P.I. ?	<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.



CONJOINT DE L'ADHERENT - 2/2

15 – PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations, même si elles sont écrites par une autre personne.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat (article L.113-8 du Code des assurances).

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 de votre adhésion et de vos garanties. Elles sont destinées, à votre assureur, à ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs et organismes professionnels.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier à votre assureur. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé nécessaires à la gestion de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. Toutefois, si vous avez choisi de ne pas confidentialiser votre questionnaire de santé, les données y figurant sont destinées également aux services de gestion de votre assureur ou de son gestionnaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en vous adressant au Médecin conseil de l'assureur (GAN EUROCOURTAGE – 7 Place du Dôme – 92099 La Défense cedex) ou de son gestionnaire (G.A.P.I. – 58 rue de l'Arcade – 75008 Paris).

Fait à :

le :

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

NB : n'oubliez pas de joindre les deux feuillets de ce questionnaire et les deux feuillets de celui de votre conjoint à votre bulletin d'adhésion individuel.

GAN Gan Eurocourtage - Compagnie française d'assurances et de réassurances. Société Anonyme au capital de 8 055 564 euros (entièrement versé)
RCS Paris 410 332 738 – APE : 6512Z - Immeuble Elysées La Défense – 7 place du Dôme – TSA 59876 – 92099 La Défense Cedex – Tél. : 01 70 96 60 00
www.gan-eurocourtage.fr – contact@eurocourtage.com - Service des relations avec les consommateurs : Tél. : 01 70 96 67 37 –relationsconsommateurs@gan-eurocourtage.fr
Gan Eurocourtage distribue les produits de Groupama Gan Vie – Société Anonyme au capital de 413 036 043 euros (entièrement versé) – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z
Sièges sociaux : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77 - Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential.
61 rue Taitbout – 75009 Paris

ASSUR-TRAVEL SAS au capital de 38.000 € - 451 947 378 RCS LILLE - Siège Social : 49, boulevard de Strasbourg - 59000 LILLE
Tél. 03 20 34 67 48 - Fax : 03 20 64 29 17 - N°Orias 07030650 – www.orias.fr

GAPI SARL au capital de 5.000 € - 490 676 228 RCS PARIS - Siège Social : 58, rue de l'Arcade - 75009 PARIS - Tél. 01 44 69 50 20 - Fax : 01 44 69 05 93
N°Orias 10056960 - www.orias.fr



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.

I - COURTIER CONSEIL



N° ORIAS : 07 005 738

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 - Tél : 01 53 21 51 70

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 :

ACP - Autorité de contrôle prudentiel - 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 (détiennent) 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.: Profession :

1 - Situation professionnelle :

Salarié Indépendant Retraité Etudiant

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

3 - Expression de vos besoins :

Durée de votre séjour ou déplacement à l'étranger :

Destination :

Quelles sont les garanties souhaitées :

- Frais de santé complémentaire :

- Frais de santé 1er euro :

Si OUI, avez-vous une garantie santé actuellement :

- Assistance :

- Assurance annulation :

- Assurance bagage :

- Assurance individuelle accident :

- Assurance Responsabilité Civile vie privée :

- Assurance Prevoyance Retraite :

4 - Date d'effet de la garantie souhaitée :

5 - Demandes spécifiques (autres exigences particulières) :

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 projet personnalisé 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



ASSUR-TRAVEL, partenaire de votre mobilité.

Animé par des professionnels de l'assurance, ASSUR-TRAVEL, courtier grossiste adhérent au Syndicat 10, Syndicat National des Courtiers Grossistes Souscripteurs en Assurance, est spécialisé dans la conception et la gestion de programmes d'assurance liés à la mobilité internationale.

Partenaire de la Caisse des Français de l'étranger, ASSUR-TRAVEL compte plus de 6.000 clients expatriés dans le monde entier. Chaque mois 100 nouveaux expatriés choisissent nos contrats santé.

De nombreuses entreprises, PME ou groupes internationaux font confiance à ASSUR-TRAVEL.

Fort de cette confiance ASSUR-TRAVEL a étendu sa gamme de contrats aux étudiants, aux étrangers séjournant temporairement en France et dans le monde entier, ainsi qu'aux séjours professionnels et/ou de loisirs de courtes durées. ASSUR-TRAVEL assure aujourd'hui les voyages de plus de 500.000 personnes par an.

Le siège social de la société ASSUR-TRAVEL est situé dans le quartier des affaires de Lille et dispose de représentants sur Paris, Niort et Lyon. Cent cinquante courtiers en assurance situés en France et sur les 5 continents distribuent les contrats spécifiques ASSUR-TRAVEL.

ASSUR-TRAVEL s'est associée avec les acteurs majeurs de la mobilité internationale :



GAN

GAN EURO COURTAGE est une filiale de GROUPAMA dédiée aux courtiers. Groupama est le 6^{ème} assureur français et le 15^{ème} européen. Le groupe compte 39 000 collaborateurs dans le monde.

Mutuaide
Assistance

MUTUAIDE

Filiale à 100% de GROUPAMA SA, des interventions dans plus de 165 pays dans le monde. 45 millions d'assistés potentiels.



GAPI, Gestion des Assurances de Personnes à l'International est un des acteurs majeurs de la gestion de frais de santé en France. Partenaire d'ASSUR-TRAVEL, de la Caisse des Français de l'Etranger, gestionnaire de plus de 10.000 expatriés basés dans le monde entier, GAPI apporte une gestion transparente et personnalisée via son plateau multilingue.



TOKIO MARINE EUROPE

Filiale de Tokio Marine and Nichido Fire Insurance Co .Limited, est la plus importante et la plus ancienne société d'Assurance Non Vie au Japon dans le domaine des risques Entreprises, Maritimes et transport.

CONTACTEZ NOTRE SERVICE COMMERCIAL

Pour des renseignements complémentaires :

Par téléphone au +33 (0)3 28 04 69 85 de 9 heures à 18 heures.

Par mail : contact@assur-travel.fr

Pour faire une demande de devis en ligne ou souscrire sur notre site : www.assur-travel.fr



ASSUR-TRAVEL