

Hot line :
+33 (0)3 28 04 69 85

49, boulevard de Strasbourg
59000 LILLE
Tél. +33 (0)3 20 34 67 48
Fax +33 (0)3 20 64 29 17
contact@assur-travel.fr



www.assur-travel.fr

Demande d'adhésion plan Santé expatriés

Conditions 2015



assur-travel
Partenaire de votre mobilité

L'ÉQUITÉ
assurances



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 :

N° ORIAS :

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 (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. :

1 - Situation professionnelle :

Salarié Indépendant Retraité Etudiant

Quelle est votre profession ?

2 - Votre statut :

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

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



2015



Document à retourner au centre de gestion :
GAPI - 16, rue de la Fontaine au Roi - 75011 PARIS

CONTRAT N° A 4916 0001 à 0006

Cachet :

Date d'adhésion souhaitée :

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"/>

GARANTIES CHOISIES

Santé

Adhésion : Individuelle Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant) Famille
Type de garantie : Complémentaire CFE, si autre, précisez : 1er Euro
Formule : PREMIUM PREMIUM ACCESS CONFORT CONFORT ACCESS SUMMUM
Franchise annuelle : Aucune 150 € 300 €
(les franchises annuelles 150 € ou 300 € ne sont pas disponibles sur les offres PREMIUM ACCESS et CONFORT ACCESS)
Etendue géographique : Zone A Zone B Zone C

Assistance

OUI NON Individuel Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant) Famille **Etendue géographique :** Zone 1 Zone 2

Responsabilité Civile privée

OUI NON Individuel Couple (2 adultes ou 1 adulte+1enfant) Famille **Etendue géographique :** Zone A Zone B Zone C

COTISATIONS

Montant de la cotisation Santé par mois : € TTC Montant de la cotisation Assistance par mois : € TTC (TVA 19,6% incluse)
 Montant de la cotisation Responsabilité Civile par mois : € TTC

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 :
Mode de règlement : Chèque Virement Prélèvement SEPA
 Paiement en ligne par CB



Document à retourner au centre de gestion :
GAPI – 16, rue de la Fontaine au Roi – 75011 PARIS

DÉCLARATIONS

Je certifie :

- être apte à exercer des fonctions à plein temps,
- que toutes les déclarations ou réponses faites sur le bulletin d'adhésion et le questionnaire médical sont sincères et à ma connaissance complètes et exactes,
- adhérer au contrat collectif d'assurance Santé n° 7163221 souscrit par l'Association ASPI auprès de L'Équité
- adhérer au contrat ASSISTANCE IMA ASSURANCES si l'option Assistance a été souscrite,
- adhérer au contrat Responsabilité civile N°35524910 , TOKIO MARINE KILN si l'option Responsabilité civile a été souscrite,
- avoir reçu un exemplaire de la notice d'information cochée ci-dessous :

SANTÉ : EQ/AT/0531D DG ASPI
 ASSISTANCE : IMA ASSURANCES DG ASPI
 RC : TMSL-RCEXP-06/10

- autoriser 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.

Je peux, conformément à la loi Informatique et libertés du 06/01/1978, demander à GAPI communication et rectification de toute information me concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Compagnie, du gestionnaire et de ses correspondants. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : GAPI, 16, rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris.

Je déclare également :

1/ Qu'en signant le présent document, pour autant que la demande d'adhésion soit complète et acceptée par la Compagnie, je demande la prise d'effet des garanties d'assurances pour une durée d'un trimestre civil, tacitement reconduite chaque trimestre sous réserve de l'encaissement de la cotisation. Cette prise d'effet sera validée par la remise du certificat d'adhésion.

2/ Que par dérogation, pour le cas où cette remise n'a pas été accomplie car les conditions d'assurabilité ne permettraient pas une décision immédiate de l'assureur. Je devrais renvoyer avec la mention « bon pour accord » la lettre m'indiquant les dispositions spécifiques d'acceptation du risque. L'engagement définitif de la Compagnie sera alors matérialisé par l'envoi du Certificat d'adhésion comportant les nouvelles conditions d'assurabilité. Le contrat sera réputé conclu à la date de signature par l'assuré de cette dite lettre.

Dans tous les cas, l'assureur n'est pas engagé par la présente demande d'adhésion même si elle est accompagnée d'un versement, notamment et y compris s'il a donné lieu à encaissement par l'assureur. L'engagement de l'assureur ne pourra résulter que de l'émission du certificat d'adhésion et la prise d'effet des garanties - qui peut différer de la date de conclusion du contrat - est celle mentionnée à ce certificat sous réserve de l'acquiescement d'un premier versement.

Toute réticence, omission ou déclaration inexacte, sont soumises, selon les cas, aux sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.

Fait à :

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

le :

La garantie Santé est accordée par **L'ÉQUITÉ assurances**, L'Équité, Société Anonyme au capital de 18 469 320 euros - Entreprise régie par le Code des assurances B 572 084 697 RCS Paris - Siège Social : 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris Cedex 09

Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026

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.

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 :	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Numéro d'identification internationale de votre banque - IBAN (International Bank Account Number)</i> * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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>	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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>	ASSURANCE SANTÉ EXPATRIÉ <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 16 rue de la Fontaine au Roi 75011 PARIS	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :	
-----------------	--	--	--



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, veuillez apporter toutes les précisions utiles sur un feuillet complémentaire (date, motif, suites ou séquelles, nature du traitement, durée, etc.), daté et signé de votre part, en indiquant clairement à quelle(s) question(s) vous répondez. Ce pli confidentiel doit être retourné cacheté au médecin conseil de la société de gestion GAPI, 16, rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris.

Après avis du médecin conseil, nous vous communiquerons la décision de l'assureur quant à l'acceptation du risque en garantie et de la majoration tarifaire éventuelle.

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
Quel est votre poids ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quelle est votre taille ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etes-vous actuellement en arrêt maladie ?	<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
Etes-vous actuellement pris en charge à 100% par votre régime obligatoire dans le cadre d'une affection longue 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
Etes-vous actuellement enceinte ?	<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
Avez-vous eu, au cours des 3 dernières années, un arrêt maladie supérieur à 30 jours ?	<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
Avez-vous subi, au cours des 10 dernières années, une ou des interventions chirurgicales (sauf l'ablation de l'appendice, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire) ?	<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
Devez-vous prochainement subir une intervention ? Si oui à quelle date ?	<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
Avez-vous séjourné, au cours des 10 dernières années, dans un hôpital, une clinique, une maison de santé ou un établissement thermal ?	<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
Devez-vous le faire prochainement ? Si oui à quelle date ?	<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
Avez-vous été atteint, au cours des 10 dernières années, de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours ?	<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
Etes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs) ?	<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
Etes-vous atteint d'une maladie ou affection telle que : Maladie ou affection cardio-vasculaire, digestive, rénale, articulaire, diabète, nerveuse, pulmonaire, hypertension, endocrinologique, hémathologique.	<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
Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient relevés anormaux ?	<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
Percevez-vous une pension d'invalidité militaire ou civile supérieure à 15 %	<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
Avez-vous subi toutes les vaccinations nécessaires à votre prochain voyage à l'étranger ?	<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
Souffrez-vous des dents ? Si oui, veuillez préciser le traitement en cours ou prévu. Quelle est la date de votre dernière visite chez le dentiste ?	<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 :



ADHERENT AU CONTRAT - 2/2

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites ci-dessus sont sincères et, à ma connaissance, complètes et exactes. Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation des risques, L'EQUITE a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, l'assurance pourra être annulée aux conditions prévues par le Code des Assurances (Articles L.113-8 et L.113-9).

NOM et PRENOM de l'adhérent :

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

Fait à :

le :

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.



QUESTIONNAIRE MEDICAL

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, veuillez apporter toutes les précisions utiles sur un feuillet complémentaire (date, motif, suites ou séquelles, nature du traitement, durée, etc.), daté et signé de votre part, en indiquant clairement à quelle(s) question(s) vous répondez. Ce pli confidentiel doit être retourné cacheté au médecin conseil de la société de gestion GAPI, 16, rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris.

Après avis du médecin conseil, nous vous communiquerons la décision de l'assureur quant à l'acceptation du risque en garantie et de la majoration tarifaire éventuelle.

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*
Quel est votre poids ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quelle est votre taille ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etes-vous actuellement en arrêt maladie ?	<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
Etes-vous actuellement pris en charge à 100% par votre régime obligatoire dans le cadre d'une affection longue 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
Etes-vous actuellement enceinte ?	<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
Avez-vous eu, au cours des 3 dernières années, un arrêt maladie supérieur à 30 jours ?	<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
Avez-vous subi, au cours des 10 dernières années, une ou des interventions chirurgicales (sauf l'ablation de l'appendice, des amygdales, des végétations, de la vésicule biliaire) ?	<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
Devez-vous prochainement subir une intervention ? Si oui à quelle date ?	<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
Avez-vous séjourné, au cours des 10 dernières années, dans un hôpital, une clinique, une maison de santé ou un établissement thermal ?	<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
Devez-vous le faire prochainement ? Si oui à quelle date ?	<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
Avez-vous été atteint, au cours des 10 dernières années, de maladies, affections ou accidents ayant entraîné une surveillance médicale de plus de 30 jours ?	<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
Etes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitements, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs) ?	<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
Etes-vous atteint d'une maladie ou affection telle que : Maladie ou affection cardio-vasculaire, digestive, rénale, articulaire, diabète, nerveuse, pulmonaire, hypertension, endocrinologique, hématologique.	<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
Avez-vous subi, au cours des 5 dernières années, des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient relevés anormaux ?	<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
Percevez-vous une pension d'invalidité militaire ou civile supérieure à 15 %	<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
Avez-vous subi toutes les vaccinations nécessaires à votre prochain voyage à l'étranger ?	<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
Souffrez-vous des dents ? Si oui, veuillez préciser le traitement en cours ou prévu. Quelle est la date de votre dernière visite chez le dentiste ?	<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 :

NOM et PRENOM du conjoint :

Paraphe :



CONJOINT DE L'ADHERENT - 2/2

PRECISIONS COMPLEMENTAIRES :

Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites ci-dessus sont sincères et, à ma connaissance, complètes et exactes. Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation des risques, L'EQUITE a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, l'assurance pourra être annulée aux conditions prévues par le Code des Assurances (Articles L.113-8 et L.113-9).

NOM et PRENOM de l'adhérent :

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

NOM et PRENOM du conjoint :

Fait à :

le :

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.



2015

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 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, 16, rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris.

Pour toutes demandes d'informations complémentaires :

Contactez notre centre de gestion GAPI

Tél : 33 (0)1 44 69 50 20 - contact@gapigestion.com



assur-travel

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

Siège social : 49 Bld de Strasbourg 59000 Lille France Tél: 03 20 34 67 48 - Fax: 03 20 64 29 17 - SAS au capital de 75.000 € - 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 CGPA N° RCP58126 et N° GF158126

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 - 49 bld de Strasbourg 59000 Lille - Tél: 03 20 34 67 48

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