

Affilié(e)

Nom : _____ Prénom(s) : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Tél. : _____ Email : _____
 N° Immatriculation R.O.⁽¹⁾ : _____ N° organisme affiliation : _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
 Situation : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Séparé(e) de corps judiciairement Concubinage
 Fonction : _____ Date d'entrée dans la fonction : _____ Salarié(e) à employeurs multiples : Oui Non
 Catégorie : Cadre Non cadre Traitement annuel brut⁽²⁾ : _____
 Taux de temps de travail _____ % si inférieur à 100 %, préciser raison : personnelle médicale⁽³⁾
 Date de suspension du contrat de travail : _____ Date de retour prévue : _____
 Motif : Maternité Arrêt de travail Invalidité Congé parental Congé formation Congé sabbatique Autre _____

⁽¹⁾Régime Obligatoire de protection sociale

⁽²⁾ correspondant au temps travaillé

⁽³⁾ Dans ce cas, compléter obligatoirement un questionnaire de santé séparé

Entreprise

RAISON SOCIALE (ou cachet)	NUMÉRO DU CONTRAT GARANTISSANT L'AFFILIÉ(E)			
	CONTRAT		SOUS-CONTRAT	
RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE				
N° DE CONTRAT		N° D'AFFILIATION		EFFET
				PTF

Affiliation au contrat Santé

Joindre un RIB (relevé d'identité bancaire), la photocopie de votre attestation Vitale ainsi que celle de vos ayants droit et les certificats de scolarité le cas échéant.

Si le contrat prévoit une cotisation Isolé/Ménage ou Adulte/Enfant, le rattachement à l'une ou l'autre de ces catégories est :

- Obligatoirement déterminé en fonction de votre situation de famille
 Laissez à votre choix. Dans ce cas, cochez : Isolé (moi seul) Ménage (moi-même et mon conjoint, partenaire ou concubin et enfants à charge)
 Adulte - Nombre : _____ Enfant - Nombre : _____

Identification du conjoint, partenaire ou concubin et des enfants à charge

Nom - Prénom(s)	Date de naissance	Lieu de naissance	N° Immatriculation R.O.

Affiliation au contrat Prévoyance : Désignation bénéficiaire en cas de décès

Il est indispensable de préciser pour chaque bénéficiaire, autre que votre conjoint ou partenaire de PACS : leurs nom (nom de jeune fille pour les femmes mariées), prénom(s), date et lieu de naissance et éventuellement la quote part de prestation attribuée à chaque bénéficiaire. Lorsque la désignation particulière n'est plus applicable au jour du décès de l'affilié(e) notamment lorsque les bénéficiaires initialement désignés à titre gratuit ne sont plus en vie, la prestation est versée selon la clause bénéficiaire type prévue dans la notice d'information des conditions générales du ou des contrat(s). Il vous appartient de vérifier que cette clause type correspond à votre volonté et si ce n'est pas le cas, de prévoir des bénéficiaires de remplacement, appelés "bénéficiaires subséquents" dans votre désignation de bénéficiaire particulière. Indiquez par exemple "à défaut, mes héritiers" à la fin de votre désignation particulière.

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

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.

Si une(des) garantie(s) optionnelle(s) est(sont) prévue(s), indiquez votre(vos) choix :

Informatique et libertés

Les données personnelles concernant l'affilié(e) sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion du contrat d'assurance. Elles sont destinées au conseiller de la contractante, aux services de l'assureur Groupama Gan Vie, à sa marque Gan Eurocourtage, à ses prestataires ou sous-traitants, réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs concernés. Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins d'évaluation et d'acceptation des risques, de contrôle interne (surveillance du portefeuille) et dans le cadre des dispositions légales, notamment concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, leurs données peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

L'affilié(e) dispose en justifiant de son identité d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition, sans frais, en s'adressant par courrier postal à Groupama Gan Vie - Service des Relations avec les Consommateurs - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex ou à l'adresse électronique src-collectives@ggvie.fr

Je soussigné(e)

- certifie la sincérité des déclarations ci-dessus, qui serviront de base à mon affiliation au contrat susvisé et j'en prends la responsabilité, même si elles sont écrites par une autre personne,
- reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'affiliation conformément à l'article L.113-8 du code des assurances,
- reconnais avoir reçu et conservé un exemplaire de la notice d'information du contrat correspondant aux garanties que j'ai demandées et en avoir pris connaissance,
- reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi Informatique et libertés ci-dessus.

Fait à _____ le _____ Signature de l'affilié(e) précédée de la mention "lu et approuvé"