

FORMULAIRE DE DECLARATION DE RISQUE POUR
UNE ASSURANCE GROUPE COMPLEMENTAIRE
MALADIE – INCAPACITE – INVALIDITE – DECES

1. Nom, N° de Registre de Commerce et Raison Sociale du contractant

2. Numéro sécurité sociale du contractant

3. Adresse du contractant

4. Nature et lieu d'exercice de l'activité du contractant

5. Etat des salaires du personnel à assurer selon le modèle ci-dessous indiqué **(à transmettre sur fichier Excel)**.

Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Situation familiale	Nbre d'enfants à charge	Salaires bruts annuels

6. Nombre de prestataires à assurer et filières CNAM **(à transmettre sur fichier Excel)**

Filières	Publique	Privée	Remboursement
Prestataires			
Adhérents			
Conjoints			
Enfants			
.....			
Total			

7. Risques pour lesquels la garantie est demandée

- Maladie oui non
- Incapacité temporaire de travail oui non
- Invalidité Permanente Partielle ou Totale oui non

Franchise souhaitée pour l'incapacité temporaire :

- 15 jours
- 30 jours
- 45 jours
- 60 jours
- Plus de 60 jours

- Décès-IAD oui non
- Décès accidentel oui non
- Double effet oui non
- Exonération du paiement des primes oui non

8. Traitements ou salaires déclarés aux organismes de sécurité sociale servis au personnel ou salaires bruts prévisionnels pour l'année d'assurance :

9. Renseignements concernant le groupe à assurer :

a. L'employeur contractant a-t-il auparavant contracté une assurance groupe pour le compte de son personnel ? oui non

b. Si oui, auprès de quelle Société d'Assurance ?

c. Votre contrat groupe a-t-il été résilié par une autre société d'assurance durant les deux derniers exercices ? oui non

d. Si oui pour quels motifs ?

10. Avez-vous conclu des conventions avec des prestataires de soins tels que pharmacie, laboratoire, médecin... ? oui non

11. Si oui les quels ?

12. Voulez vous bénéficier des prestations « Suivi de la grossesse » et « Maternité » sans délai de stage? oui non

13. Effet, durée et échéance annuelle du contrat :

a. Effet

b. Durée **une année renouvelable par tacite reconduction**

c. Echéance annuelle

Le signataire du présent document reconnaît avoir répondu en toute sincérité à toutes les questions qu'il comprend et qui serviront à l'établissement du contrat.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet