

Joindre à ce bulletin la photocopie de votre dernière fiche de paie

1. | ADHÉRENT

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : E-mail :
Date de naissance : Numéro de Sécurité Sociale :
Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Concubin ☐ Pacsé ☐ Veuf ☐ Divorcé
Nombre d'enfants à charge : Profession exacte :
Date d'entrée dans la Fonction Publique : Titulaire : ☐ Oui ☐ Non

Composition familiale – (conjoint + enfant(s))

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE

2. | BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

☐ le conjoint non séparé judiciairement,

- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés et aux enfants reconnus à charge,
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère ou aux survivants d'entre eux,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux autres ascendants de l'assuré,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux héritiers de l'assuré.

Ou

☐ Autre(s) bénéficiaire(s)

- en cas de pluralité de bénéficiaires, répartir le capital entre eux,
- en cas de classement par ordre de priorité, préciser "à défaut" :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE

Je demande mon affiliation à partir du 01 / /

Garantie Perte de Traitement (IPT) incluant un capital décès (*)

Montant de l'indemnité : €

Garantie Décès (*) / Invalidité (sans Indemnité Perte de Traitement)

Montant du capital décès : €

(*) Capital doublé en cas de décès accidentel.

Règlement des cotisations : ☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel

Réservé à l'adhérent :

Le soussigné, peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Maison du Fonctionnaire Prévoyance, de ses mandataires, des assureurs ou des organismes professionnels concernés.

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à en signaler toute modification.

Date :

Signature :

Questionnaire médical

La personne à assurer doit répondre personnellement, clairement, sans rature ni surcharge à chaque question.

Un simple trait de plume n'est pas suffisant. Entourez la bonne réponse.

En cas de réponse positive, donnez les précisions demandées en utilisant si nécessaire une feuille annexe.

Nom : Prénom : Date de Naissance :
Adresse :
.....
Profession :

1.Indiquez votre taille :	votre poids :	
2. Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?	☐ OUI ☐ NON	Depuis quelle date ? Pour quel motif ?
3. Au cours des 5 dernières années, avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	☐ OUI ☐ NON	A quelles dates ? Pour quels motifs ? Durée totale des arrêts de travail ?
4. Suivez-vous actuellement un traitement médical ou un régime ?	☐ OUI ☐ NON	A quelles dates ? Pour quels motifs ? Durée totale des arrêts de travail ?
5. Avez-vous suivi durant les 5 dernières années un traitement médical ou un régime ?	☐ OUI ☐ NON	Lequel ? Pour quels motifs ? A quelle date ? et pendant quelle durée ?
6. Avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé) ?	☐ OUI ☐ NON	Lequel ? Pour quels motifs ? A quelle date ? et pendant quelle durée ?
7. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?	☐ OUI ☐ NON	A quelles dates ? Pour quels motifs ?
8. Devez-vous subir des interventions chirurgicales ?	☐ OUI ☐ NON	Dates prévues ? Motif ?
9. Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	☐ OUI ☐ NON	Laquelle ? Depuis quelle date ? Taux de la pension : Servie par :

Article L.221-14 du Code de la mutualité : "Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque..."

Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Je déclare avoir pris connaissance des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances reproduits ci-après : "...Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur...". "L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat...". J'autorise mon assureur et le cas échéant, le gestionnaire de mon contrat, à collecter et à traiter les informations de santé me concernant figurant dans ce questionnaire ainsi que celles qu'ils pourraient recueillir ultérieurement à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de mon contrat, aux seules fins de la passation de la gestion et de l'exécution de mon contrat d'assurance.

Je soussigné déclare avoir pris connaissance des articles ci-dessus et certifie que les déclarations fournies sont exactes, complètes et sincères

A le Signature

REPRISE DE CONTRAT ANTÉRIEUR

En cas de reprise d'un contrat antérieur, il y a lieu de joindre au présent bulletin d'adhésion, le certificat établi par le précédent assureur, et de compléter et signer l'attestation ci-après :

Attestation

Je soussigné(e), M certifie avoir été assuré(e) pendant la période

du / / au / / par la compagnie (ou l'organisme) :

Selon le contrat n° aux conditions ci-après :

(compléter l'ensemble des rubriques concernant votre cas)

- ☐ sans aucune restriction, surprime ou réduction de garanties
- ☐ avec restriction, surprime ou réduction de garanties suivantes :
- ☐ pour des garanties équivalentes à celles demandées auprès de la Maison des fonctionnaires Prévoyance
- ☐ pour des garanties différentes (joindre photocopie des Conditions Particulières du contrat)

A le Signature

la **Maison**
du **Fonctionnaire**

Immeuble le Triangle • 26, allée Jules Milhau • 34000 MONTPELLIER

Tél. : 09 53 02 46 26 • Mail : contact@lamaisondufonctionnaire.fr

N° dépôt 93/000849 • Publication au JO du 6 novembre 2004 • N° SIRET : 424 606 564 00013

Contrat de prévoyance collective à adhésion facultative souscrit par AGEO pour le compte de La Maison du Fonctionnaire

Les informations recueillies par La Maison du Fonctionnaire (MDF) et AGEO Prévoyance sont nécessaires à l'étude de votre demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique. Le défaut de réponse aux questions obligatoires peut avoir pour conséquence l'impossibilité de gérer votre adhésion. Vos données seront conservées tout au long de votre adhésion à l'association et conservées jusqu'à 3 ans après votre départ. Conformément au RGPD et à la loi informatique et libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toutes les informations qui vous concernent. Vous pouvez pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en écrivant à : La Maison du Fonctionnaire - Protection des données - Immeuble le Triangle - 26, allée Jules Milhau 34000 Montpellier, soit par e-mail : dpo@fdpm.fr. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr>

AGEO PREVOYANCE – Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) au capital de 1500 €.

RC 500.171.939 / N° Orias 07.031.908. Garantie financière et assurances de responsabilité civile conforme au Code des Assurances 6 Code APE 6622Z.