

**Demande Individuelle d'Adhésion
à l'assurance groupe**

Police

CONTRACTANT : (Souscripteur à l'assurance groupe)

Nom ou raison sociale :

Adresse :

Réservé à la C.A.A.T.

Délivré le :

Effet de l'adhésion :

ADHERENT :

Nom : Nom de jeune fille :
(En lettre capitales)

Prénom : Date de naissance : Sexe :

Adresse personnelle :

Situation de famille : Célibataire - Marié (e) - Veuf (ve) - Divorcé (e) Nombre d'enfants à charge :
(au sens des allocations familiales).

Lieu de l'emploi : Fonction :

Date d'entrée en service : Salaire annuel soumis I.T.S. (approximatif) DA

ENFANTS A CHARGE:

Prénom	Date de naissance	Prénom	Date de naissance
.....
.....
.....
.....

Je soussigné, demande à être admis à l'Assurance contractée par ,
l'autorise à souscrire sur ma tête une Assurance en cas de décès, pour un capital dont le montant est défini par le contrat, et approuve les conditions générales et particulières de la police.

BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES (1) :

Je désigne comme bénéficiaire du capital en cas de décès :

Noms — Prénoms : (lien éventuel de parenté)

(1) Le contrat prévoit que les bénéficiaires du capital sont ceux que vous aurez désigné ci-dessus. Vous pouvez les désigner nommément ou par leur seule qualité tels que : Conjoint, mes enfants, etc...).

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DE L'ADHERENT

Aucune question ne doit être laissée sans réponse. - Les réponses doivent être écrites en toutes lettres.

- | | |
|---|-----------|
| 1° Etes-vous déjà assuré pour les mêmes risques : si oui :
N° de Police Capitaux assurés | 1° |
| 2° Avez-vous été refusé par une Société d'assurance ? ou ajourné ? ou accepté avec surprime ? ou accepté avec des exclusions de garantie ? | 2° |
| 3° Etes-vous actuellement et habituellement en bon état de santé ? | 3° |
| 4° Votre état de santé vous permet-il actuellement d'exercer normalement votre activité professionnelle à temps complet ?
Sinon depuis quelle date avez-vous cessé votre travail ? | 4° |
| 5° Avez-vous dans le passé cessé votre travail par suite de maladie ou d'accident ?
Si oui, indiquer la nature de la maladie ou de l'accident, les dates, et durées de ces arrêts de travail | 5° |
| 6° Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement d'une maladie aiguë ou chronique ?..
Si oui, indiquer laquelle ; depuis quelle date, le traitement prescrit | 6° |
| 7° Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?
Si oui, indiquer lesquelles, et depuis quelles dates | 7° |
| 8° Etes-vous atteint d'infirmités congénitales ou accidentelles ?
Si oui, indiquer lesquelles, et depuis quelles dates | 8° |
| 9° Avez-vous une pension d'invalidité civile ou militaire ?
Si oui, indiquer le motif, le taux, la date d'attribution | 9° |
| 10° Avez-vous été exempté du service nationale ou ajourné ou réformé ?
Si oui, indiquer le motif | 10° |
| 11° Autres indications non prévues ci-dessus et permettant de renseigner les Assureurs sur votre état de santé ? | 11° |

J'autorise en outre le médecin conseil de la C.A.A.T. à prendre connaissance de mon dossier médical, auprès de la Caisse de Sécurité Sociale pour tout sinistre que je déclarerai au titre du présent contrat.

Les sanctions prévues par les articles 21, 72 et 84 de la Loi du 9 Août 1980 (nullité de l'Assurance - réduction de la somme assurée) pourraient être appliquées en cas de sinistre s'il était prouvé que l'Adhérent avait fait une fausse déclaration.

Fait à le19.....

Cachet du contractant

Signature de l'Adhérent,
Précédée des mots LU ET APPROUVE

LA PRESENTE DEMANDE D'ADHESION DOIT ETRE TRANSMISE A LA C.A.A.T. PAR L'INTERMEDIAIRE DU SOUSCRIPTEUR DE L'ASSURANCE GROUPE.

CONDITIONS PARTICULIERES D'AFFILIATION

(Partie réservée à la C.A.A.T)