



ASSURANCES DE GROUPE BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

Cachet de l'Employeur

Toute omission volontaire, dissimulation, indication fausse ou incomplète est passible des sanctions prévues par les Lois et notamment par les articles 20, 24, 30 et 31 de la loi 17/99 portant code des assurances.

(1)

☐
☐

NOUVELLE AFFILIATION

N° DE POLICE : **21/83**

RECTIFICATIF

(Matricule) N° D'ADHESION :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHERENT

Nom : Prénom :

Adresse :

Sexe⁽¹⁾ : ☐ M ☐ F Situation de famille⁽¹⁾ : **C / M/D / V** Emploi occupé :

Date de naissance : ____/____/____ Date d'entrée en fonction chez l'employeur : ____/____/____

Date d'adhésion chez AtlantaSanad : ____/____/____ Salaire annuel de base :

CIN : Agence :

BENEFICIAIRE(S) DE LA GARANTIE MALADIE

		Nom & Prénom	Sexe	Date de naissance
Conjoint(s)	C1			
	C2			
		Prénom	Sexe	Date de naissance
Enfant(s)	E01			
	E02			
	E03			
	E04			
	E05			
	E06			
	E07			
	E08			

BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES

En cas de décès pendant la période de garantie, je désigne comme bénéficiaire(s) :

Nom & Prénom	Lien de parenté
.....	
.....	

Visa de l'employeur

(1) : entourez la case choisie

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Prière de répondre explicitement à toutes les questions, un trait ne constitue pas une réponse :

	ADHERENT	CONJOINT*(2)
RENSEIGNEMENTS DIVERS		
Emploi occupé (*) :		
Bénéficiez-vous actuellement d'une assurance maladie ? (1)	OUI NON	OUI NON
Si oui, auprès de quelle compagnie ?		
Avez-vous bénéficié auparavant d'une assurance maladie ?	OUI NON	OUI NON
Si oui, auprès de quelle compagnie ?		
QUESTIONNAIRE MEDICAL		
Poids / Taille		
Avez-vous consulté un médecin durant les 3 dernières années ?	OUI NON	OUI NON
Pour quel(s) motif(s) ?		
Suivez vous actuellement un traitement quelconque ?	OUI NON	OUI NON
Etes vous atteint d'une maladie grave ou chronique de type diabète, HTA, hépatite, maladies cardiaques, cancéreuses ou psychiatriques etc. ? Veuillez préciser laquelle.		
Avez vous des manifestations allergiques du type rhinite, urticaire etc. ? Veuillez préciser lesquelles.		
Avez-vous subi des opérations chirurgicales ?	OUI NON	OUI NON
Lesquelles ?		
Devez vous, à votre connaissance, subir une opération chirurgicale ?	OUI NON	OUI NON
Laquelle ?		
Etes-vous atteint d'une infirmité ?	OUI NON	OUI NON
Laquelle ? Quel taux d'IPP ?		
Etes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ?	OUI NON	OUI NON
Etes-vous atteint d'un défaut de la vue ?	OUI NON	OUI NON
Etes-vous en état de grossesse ?	OUI NON	OUI NON
Si oui, de combien de mois ?		

Veuillez indiquer pour chaque enfant son état de santé actuel, les infirmités, les maladies antérieures, les allergies et les opérations chirurgicales qu'il aurait pu avoir subies.

	Prénom	Maladies Antérieures / Allergies	Opérations chirurgicales	Infirmités
E 01				
E 02				
E 03				
E 04				
E 05				
E 06				
E 07				
E 08				

Je déclare exactes et sincères les réponses ci-dessus. Sous peine de déchéance, Je certifie également que les personnes pour lesquelles aucune infirmité ou maladie n'a été déclarée sont à ma connaissance en bon état de santé à ce jour.

Fait à Le /...../.....

(1) : entourez la case choisie

(2) : si plusieurs conjoints, remplir autant de questionnaires médicaux que de conjoints.

(*) : champ obligatoire

Signature de l'adhérent