

**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

RECTIFICATIF

N° DE POLICE : .....

N° D'ADHESION : .....

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHERENT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

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

Date d'adhésion chez ATLANTA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Salaire annuel de base : .....

**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 <sup>*(2)</sup>                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>RENSEIGNEMENTS DIVERS</b>                                                                                                                                             |                                                           |                                                           |
| Emploi occupé :                                                                                                                                                          |                                                           |                                                           |
| Bénéficiez-vous actuellement d'une assurance maladie ? <sup>(1)</sup>                                                                                                    | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, auprès de quelle compagnie ?                                                                                                                                     |                                                           |                                                           |
| Avez-vous bénéficié auparavant d'une assurance maladie ?                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, auprès de quelle compagnie ?                                                                                                                                     |                                                           |                                                           |
| <b>QUESTIONNAIRE MEDICAL</b>                                                                                                                                             |                                                           |                                                           |
| Poids / Taille                                                                                                                                                           |                                                           |                                                           |
| Avez-vous consulté un médecin durant les 3 dernières années ?                                                                                                            | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Pour quel(s) motif(s) ?                                                                                                                                                  |                                                           |                                                           |
| Suivez vous actuellement un traitement quelconque ?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Etes vous atteint d'une maladie grave ou chronique du 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 ?                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Lesquelles ?                                                                                                                                                             |                                                           |                                                           |
| Devez vous, à votre connaissance, subir une opération chirurgicale ?                                                                                                     | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Laquelle ?                                                                                                                                                               |                                                           |                                                           |
| Etes-vous atteint d'une infirmité ?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Laquelle ? Quel taux d'IPP ?                                                                                                                                             |                                                           |                                                           |
| Etes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Etes-vous atteint d'un défaut de la vue ?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Etes-vous en état de grossesse ?                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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.

**Signature de l'adhérent**