

Formulaire à retourner à :

Groupama Gan Vie – Gestion des affiliations Courtage - 2 boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre

Affilié(e)

NOM de naissance : _____ | NOM d'usage : _____ |
Prénoms : _____ |
Date de naissance : ____/____/____ | Lieu de naissance : _____ | N° immatriculation RO : _____ |
Situation : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) de corps judiciairement ☐ Concubinage ☐
Adresse : _____ |
Code postal : ____ | Commune : _____ |
Tél. : _____ | Email : _____ |
Fonction : _____ | Salarié à employeurs multiples : Oui ☐ Non ☐
Catégorie : Personnel Cadre relevant des art4/4 bis de la CCNC de 1947 ☐ Personnel autre qu'art4/4 bis de la CCNC de 1947 ☐
Date d'entrée dans la fonction : ____/____/____ | Date d'affiliation au contrat : ____/____/____ |
Salaire annuel brut : _____ | Taux de temps de travail : _____ %, si inférieur à 100 %, préciser raison : personnelle ☐ médicale⁽¹⁾ ☐
Date de suspension du contrat de travail : ____/____/____ | Date de retour prévue : ____/____/____ |
Motif : Maternité ☐ Arrêt de travail ☐ Invalidité ☐ Congé parental ☐ Congé formation ☐ Congé sabbatique ☐ Autre _____ |

(1) vous devez compléter un questionnaire de santé

Entreprise

Raison sociale (ou cachet)

NUMÉROS DES CONTRATS GARANTISSANT L'AFFILIÉ(E)

N° DE CONTRAT

SOUS/CONTRAT

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

CONTRAT

N° D'AFFILIATION

EFFET

UNITÉ/PTF

Attribution du bénéfice du capital décès

Il est indispensable de préciser pour chaque bénéficiaire, autre que votre conjoint ou partenaire de PACS : leurs nom (nom de jeune fille pour les femmes mariées), prénom, date et lieu de naissance et éventuellement la quote part de prestation attribuée à chaque bénéficiaire. Lorsque la désignation particulière n'est plus applicable au jour du décès de l'affilié(e) notamment lorsque les bénéficiaires initialement désignés à titre gratuit ne sont plus en vie, la prestation est versée selon la clause bénéficiaire type prévue dans la notice d'information des conditions générales du ou des contrat(s). Il vous appartient de vérifier que cette clause type correspond à votre volonté et si ce n'est pas le cas, de prévoir des bénéficiaires de remplacement, appelés "bénéficiaires subséquents" dans votre désignation de bénéficiaire particulière. Indiquez par exemple "à défaut, mes héritiers" à la fin de votre désignation particulière. Je soussigné(e), affilié(e) au contrat visé ci-dessus, désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

Nous attirons votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre désignation de bénéficiaire(s) particulier(s). Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation. **Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions suivantes :** tant que vous êtes en vie, toute acceptation de bénéficiaire doit faire l'objet au moins trente jours après la date d'effet de votre affiliation lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit, soit d'un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit d'un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Engagement et signature

Les données collectées par l'assureur, responsable de traitement, sont nécessaires à la passation, à la gestion et à l'exécution de l'adhésion et ont pour base juridique l'exécution de mesures contractuelles. Ces données peuvent aussi être utilisées pour la réalisation d'opérations de prospection, l'amélioration de notre qualité de services, la lutte contre la fraude, et dans certains cas conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cas elles ont pour base juridique l'intérêt légitime de l'assureur. Elles peuvent également être utilisées pour l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur (notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme). Concernant vos Données personnelles, vous pouvez consulter notre Politique de protection des données, retrouver les informations relatives aux traitements mis en œuvre et aux modalités d'exercice de vos droits sur le site internet de votre distributeur rubrique Données personnelles, dans votre Notice d'Information ou en vous adressant à votre assureur à l'adresse figurant au présent document (ou dans la notice d'information), ou par mail à contact.dpo@ggvie.fr. Vous êtes susceptible de recevoir des offres commerciales personnalisées de votre assureur et des entités du Groupe Groupama pour des produits et services analogues (Assurances, Banque et Services), si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-après.

Vous acceptez de recevoir des offres commerciales personnalisées de nos partenaires : ☐ oui ☐ non

Je soussigné certifie la sincérité des déclarations ci-dessus, qui serviront de base à mon affiliation au contrat susvisé et j'en prends la responsabilité, même si elles sont écrites par une autre personne.

- Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'affiliation conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.
- Je reconnais avoir reçu et conserve un exemplaire de la notice d'information du contrat correspondant aux garanties que j'ai demandées et en avoir pris connaissance.
- Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la protection des données personnelles ci-dessus.
- J'atteste par ailleurs avoir pris connaissance des recommandations à l'affilié(e) figurant au verso

Fait à _____,

Le ____/____/____

Signature de l'affilié(e)

à faire précéder de la mention "lu et approuvé"