



Demande de prestation



45181

☐ hospitalisation ☐ incapacité temporaire ☐ invalidité permanente

N° de contrat

N° GRC

Autre(s) contrat(s)

Assuré(e)

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐NOM PRÉNOM NOM DE NAISSANCE NÉ(E) LE ADRESSE CODE POSTAL VILLE

Situation socio-professionnelle (de l'assuré(e) si malade ou victime)

Exercez-vous une profession à la date de l'évènement déclaré ?

☐ OUI < Laquelle ☐ NON < Date de cessation d'activité Etes-vous titulaire d'une pension ou rente d'invalidité ? ☐ NON☐ OUI < Motif Date d'attribution Taux Organisme gestionnaire **S.S.** ☐ **A.T.** ☐ **CDAPH.** ☐☐ AUTRE

Nature de l'évènement (cocher la case correspondante)

☐ Incapacité de travail temporaire totaleS'il s'agit d'une maladie, date d'apparition des premières manifestations : En arrêt depuis le : ☐ Exonération du paiement des cotisationsDate de reprise ☐ partielle au de l'activité☐ totale au ☐ HospitalisationY a-t-il eu hospitalisation ? ☐ NON☐ OUIhospitalisation du au ☐ Invalidité permanente totale ou partielleEn invalidité depuis le Date de reprise ☐ partielle au de l'activité☐ totale au

➔ JOINDRE nécessairement un R.I.B. (paiement du montant des prestations par virement)

Pour l'ensemble des garanties ci-dessus, merci de préciser lorsqu'il s'agit d'un accident :

La date Le lieu Les causes et circonstances exactes de l'accident S'agit-il d'un accident : de la vie privée ☐ de travail ☐ sportif ☐S'il s'agit d'un accident de la circulation : l'assuré(e) conduisait-il(elle) le véhicule ? ☐ OUI ☐ NONSi OUI, quel type de véhicule (préciser si moto > 125 cm³) :

Engagements de l'assuré(e)

Je certifie exactes et complètes les réponses apportées ci-dessus. Je sais que toute tentative de fraude (inexactitude volontaire dans les déclarations, utilisation de documents sciemment falsifiés) entraînerait la perte de tout droit à garantie, sans préjuger des poursuites légales. J'autorise expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé dans la mesure où, nécessaires à la gestion de mes garanties, elles sont exploitées dans le respect de la confidentialité médicale.

Fait à le Signature du titulaire de la garantie
(ou de son représentant légal)

Gan Patrimoine

Filiale de Groupama Assurances Mutuelles - Société Anonyme d'intermédiation en assurance au capital de 8 220 690 euros - RCS Lille 457 504 694 - APE : 6622Z
Siège social : 150 rue d'Athènes - CS 30022 - 59777 EURALILLE - N° d'immatriculation 09 051 780 www.oriass.fr - Mandataire de Groupama Gan Vie et de ses filiales
www.ganpatrimoine.fr - Tél : 09 69 32 20 60 (appel non surtaxé) - contact@ganpatrimoine.fr

Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z - Siège social : 8/10 rue d'Astorg, 75008 Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS92459 - 75436 Paris Cedex 09

45181-102018

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

➡ Cet imprimé doit être utilisé dans tous les cas pour nous adresser, en les glissant dans l'enveloppe confidentielle jointe, les pièces, justificatifs et informations indispensables au traitement de votre dossier.

À fournir dans tous les cas

- Le présent imprimé de déclaration, dûment complété, daté et signé.
- L'Attestation Médicale Confidentielle (ci-contre)

Pièce(s) jointe(s)



À fournir en cas d'Incapacité temporaire

- Le certificat initial d'arrêt de travail (en cas de maladie), ou de constatation des blessures (en cas d'accident)
 - Le compte-rendu des examens spéciaux pratiqués (radiologiques, échographiques...) et, s'il y a lieu, de l'hospitalisation
 - Les décomptes des prestations du régime d'assurance maladie (Sécurité Sociale, Travailleurs Non Salariés ...)
 - Les avis d'imposition des trois dernières années
 - Le cas échéant, le certificat de prolongation d'arrêt de travail ou de reprise
- Dans le cas d'une grossesse pathologique :
- tout justificatif officiel précisant clairement les dates prévues de votre congé légal de maternité

Pièce(s) jointe(s)



En outre, si vous êtes Travailleur Non Salarié

- Un extrait Kbis daté de moins de 3 mois, ou une attestation de votre régime professionnel d'assurances confirmant la date et la durée de votre inscription à la Chambre professionnelle pour une activité non salariée
- Une attestation de votre régime d'assurance maladie et vieillesse obligatoire justifiant que vous êtes à jour de vos cotisations

En cas de souscription de la garantie "Remboursement des frais professionnels":

- le compte de résultat fiscal portant sur les 3 derniers exercices civils et comptables précédant votre incapacité
- un RIB de votre compte bancaire professionnel, sur lequel seront versées ces prestations

À fournir en cas d'Hospitalisation

- Le bulletin original d'hospitalisation (ou bulletin de situation) précisant les dates d'entrée et de sortie

Pièce jointe



À fournir en cas d'Invalidité permanente totale ou partielle

- Toutes pièces médicales de nature à permettre une appréciation du taux d'invalidité, si la consolidation de l'état de santé de l'assuré(e) est acquise
- Le titre de rente ou la notification d'attribution de la pension d'invalidité si elle est déjà allouée

Pièce(s) jointe(s)



CONSEILS UTILES



UN DOSSIER COMPLET = UN TRAITEMENT RAPIDE

Veillez soigneusement à éviter toute rature ou surcharge dans la rédaction de ces documents

Vous-même pour votre déclaration

- N'oubliez pas d'inscrire VOTRE (VOS) NUMERO(S) DE CONTRAT(S) et de renseigner VOTRE IDENTITE, celle du malade le cas échéant
- Répondez LE PLUS PRECISEMENT POSSIBLE aux questions concernant la nature de l'évènement
- N'omettez pas de joindre les justificatifs qui vous sont demandés ci-dessus
- DATEZ et SIGNEZ votre demande

Votre médecin traitant pour l'attestation médicale confidentielle

- Doit nécessairement indiquer les NOM et PRENOM du patient
- Ne doit pas manquer d'apposer la DATE, sa SIGNATURE et son CACHET

INFORMATIONS UTILES

- Les décisions des organismes publics, sociaux ou professionnels, en matière d'arrêt de travail ou d'invalidité notamment, ne sont pas opposables à l'assureur qui n'est tenu que par les termes du contrat
- Ne faites pas opposition au prélèvement de vos cotisations mensuelles même si vous pensez pouvoir prétendre à leur exonération : dès examen de vos droits et s'ils sont reconnus, les mensualités éventuellement perçues à tort vous seront intégralement remboursées. Vous éviterez ainsi des frais d'opposition, des tracasseries administratives et, surtout, le risque de voir vos garanties interrompues.

➡ Vos documents, pièces, justificatifs sont à adresser à : Groupama Gan Vie
Monsieur le Médecin Conseil - Prestations médicales Vie Individuelle TSA 71313 - 35090 RENNES CEDEX 9
Si vous souhaitez de plus amples renseignements, le Service Relation Clientèle de Groupama Gan Vie est à votre écoute et à votre disposition au : **09 69 32 20 60** (appel non surtaxé).

Les données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont traitées par l'assureur en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016). Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, à la gestion de nos relations commerciales et contractuelles, à la lutte contre la fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les dispositions prévues par la Notice d'information ou les Conditions Générales du contrat remises par votre assureur. Vous acceptez expressément, le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à la conclusion et la gestion de votre contrat et garanties, ou à la lutte contre la fraude, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin-conseil de l'assureur et à son service médical ou personnes habilitées (tels les experts médicaux ou professionnels de santé). Toutefois, si vous avez choisi de ne pas les confidentialiser, elles sont destinées également au service de gestion de votre assureur.

Vous disposez, pour vos données personnelles, en justifiant de votre identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition, d'un droit à la portabilité, à l'effacement et à la limitation des traitements en vous adressant par courrier postal à votre assureur à l'adresse figurant au présent document (ou dans vos conditions générales), ou par mail à correspondant.cnil@ggvie.fr, ou via le site internet ganpatrimoine.fr. Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-Conseil de votre assureur.

AFFRANCHIR

AU

TARIF

LETTRE

✎ *A découper suivant le pointillé
et à coller dans l'angle inférieur droit
de votre enveloppe, comme ci-après.*



GROUPAMA GAN VIE
MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL
PRESTATIONS MEDICALES VIE INDIVIDUELLE
TSA 71313
35090 RENNES CEDEX 9

