

# → 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 \_\_\_\_\_

## Malade, victime (si différent de l'assuré(e))

M.  Mme  Mlle

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE \_\_\_\_\_

## 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'événement (cocher la case correspondante)

Incapacité de travail temporaire totale

Exonération du paiement des cotisations

S'il s'agit d'une maladie, date d'apparition des premières manifestations : \_\_\_\_\_

En arrêt depuis le : \_\_\_\_\_

Date de reprise \_\_\_\_\_ partiellement au \_\_\_\_\_ de l'activité

Hospitalisation

Y a-t-il eu hospitalisation ?  NON

OUI hospitalisation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Invalidité permanente totale ou partielle

En invalidité depuis le \_\_\_\_\_

Date de reprise \_\_\_\_\_ partiellement au \_\_\_\_\_ de l'activité

→ 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(lle) le véhicule ?  OUI  NON

Si OUI, quel type de véhicule (préciser si moto > 125 cm<sup>3</sup>) : \_\_\_\_\_

## 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.orias.fr - Mandataire de Groupama Gan Vie et de ses filiales  
[www.ganpatrimoine.fr](http://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





# Attestation Médicale Confidentielle



N° de  
contrat

Autre  
contrat

Assuré(e) M.  Mme  Mle

Malade, victime {si différent de l'assuré(e)} M.  Mme  Mle

NOM \_\_\_\_\_ NÉ(E) LE \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

PROFESSION \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ NÉ(E) LE \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

PROFESSION \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_

## A compléter par le médecin

- 1 Arrêt du travail du \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_
- 2 Depuis quand êtes-vous le médecin traitant ? ..... et le médecin prescripteur des arrêts de travail ? .....
- 3 Résumé succinct de l'ensemble du passé pathologique notable du malade (affection congénitale ou acquise ou accident sans rapport avec l'arrêt de travail actuel) :
- ..... Date : \_\_\_\_\_  
..... Date : \_\_\_\_\_  
..... Date : \_\_\_\_\_  
..... Date : \_\_\_\_\_
- 4 S'agit-il d'une grossesse pathologique ? oui  non  Si oui, date présumée de l'accouchement : \_\_\_\_\_ date du début du congé légal maternité : \_\_\_\_\_
- 5 S'agit-il d'un accident ? oui  non   
Est-ce un : accident de circulation  accident de travail  accident dû au sport  autre accident  ?  
Un procès-verbal a-t-il été établi par la gendarmerie ou la police ? oui  non  Si oui, joindre une copie  
Si non, précisez les circonstances de survenue, la nature et le siège des lésions : .....
- 6 S'agit-il d'une maladie ? oui  non  Si oui, laquelle ? .....
- Date d'apparition des premiers troubles : \_\_\_\_\_ Date de la 1<sup>re</sup> consultation : \_\_\_\_\_
- 7 Y a-t-il eu hospitalisation ? oui  non   
Si oui, date d'entrée : \_\_\_\_\_ et de sortie : \_\_\_\_\_  
Y a-t-il eu intervention chirurgicale ? oui  non   
Si oui, quand et laquelle ? .....
- 8 Des examens complémentaires ont-ils été réalisés ? oui  non  Si oui, joindre une copie des résultats
- 9 État actuel (état clinique, nature des traitements en cours ou envisagés, hospitalisations, pathologies associées ou secondaires) :
- .....
- 10 Votre patient bénéficiait-il ou a-t-il bénéficié de l'exonération du ticket modérateur ? oui  non   
Si oui, pour quelle affection ? ..... et depuis quelle date ? \_\_\_\_\_
- 11 Y a-t-il eu un arrêt de travail antérieur à l'arrêt actuel pour la même affection ? oui  non   
Si oui, quand et pendant combien de temps ? .....
- 12 Y a-t-il eu reprise des activités professionnelles ? oui  non  Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_  
Si non :  
- La pathologie à l'origine de l'arrêt de travail s'est-elle améliorée  stabilisée  aggravée  ?  
- Le traitement est-il inchangé  modifié  ?  
Si modifié : Lequel ..... Posologie ..... Durée de prescription .....  
Lequel ..... Posologie ..... Durée de prescription .....  
- Évolution :  Amélioration dans les ..... prochains mois  
 Reprise du travail envisagée :  à temps complet  à temps partiel : A quelle date ? \_\_\_\_\_  
 Stabilisation ou consolidation dans les ..... prochains mois  Aggravation depuis le : \_\_\_\_\_  
 Invalidité :  1<sup>re</sup> catégorie  2<sup>re</sup> catégorie  3<sup>re</sup> catégorie Date d'attribution \_\_\_\_\_

**Le présent document a été établi à la demande et aux frais du patient et lui a été remis en main propre pour faire valoir ce que de droit, charge à lui de l'adresser au médecin conseil de l'assureur au moyen de l'enveloppe jointe à cet effet.**

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS. L'assuré(e) accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé, nécessaires à la gestion de ses garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical. L'assuré(e) dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition s'adressant au médecin conseil de l'assureur.

Fait à ..... le .....

SIGNATURE

CACHET OBLIGATOIRE

**Gan Patrimoine**

Filière 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.orias.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

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

