



L'Assurance Personnelle de l'Élu

Demande d'assurance - Demande de modification

SOUSCRIPTION À TITRE INDIVIDUEL

LE SOUSCRIPTEUR

► Remplissez aussi l'imprimé **"VOUS ET VOTRE FAMILLE"** si vous souscrivez **VOTRE PREMIER CONTRAT** ou si votre adresse, votre état civil, votre situation professionnelle... ont changé.

M. Mme Mlle **NOM** _____ **NOM** de jeune fille _____ Prénom _____

N° _____ Rue _____

Lieu-dit _____ Code postal Commune _____

Domicile _____ Portable _____ @ e-mail _____

Travail _____ Poste _____ N° du fax _____

• Vous **SOUSCRIVEZ** ce contrat : si vous êtes déjà assuré(e) par ailleurs, à la GMF ou à La Sauvegarde, indiquez votre numéro de Sociétaire ou l'un de vos numéros de contrat _____

Sinon, indiquez votre date de naissance votre profession _____

votre situation familiale _____

• Vous **MODIFIEZ** ce contrat, indiquez son numéro _____



VOTRE (VOS) FONCTION(S)

MAIRE MAIRE ADJOINT CONSEILLER MUNICIPAL AYANT REÇU DÉLÉGATION

de la Commune de _____

Nombre d'habitants à la date du dernier recensement _____

PRÉSIDENT VICE-PRÉSIDENT CONSEILLER AYANT REÇU DÉLÉGATION

du Conseil Départemental du Conseil Régional

du Département/de la Région _____

PRÉSIDENT VICE-PRÉSIDENT CONSEILLER COMMUNAUTAIRE AYANT REÇU DÉLÉGATION

de(s) Établissement(s) Public(s) de Coopération Intercommunale suivant(s) _____

VOS GARANTIES

La Garantie **PROTECTION JURIDIQUE** est accordée par Assistance Protection Juridique, les Garanties **ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE** et **ASSISTANCE VOYAGE** sont accordées par la Garantie Mutuelle des Fonctionnaires, les Garanties **RESPONSABILITÉ CIVILE PERSONNELLE**, **RECONSTITUTION D'IMAGE**, **ACCIDENTS CORPORELS** et **INTERRUPTION D'ACTIVITÉ** sont accordées par GMF Assurances.



La Protection
Juridique



L'Assistance
Voyage



La Reconstitution
d'Image

L'Interruption
d'Activité



L'Assistance
Psychologique



La Responsabilité
Civile Personnelle



Les Accidents
Corporels

- Avez-vous connaissance d'un fait ou d'une réclamation susceptible de mettre en jeu les garanties **RESPONSABILITÉ CIVILE PERSONNELLE** et **PROTECTION JURIDIQUE** ? OUI NON

Si **OUI**, précisez quel fait ou réclamation et à quelle date

LA DATE D'EFFET DU CONTRAT

• **Sous réserve de notre accord et de l'encaissement effectif de votre cotisation si vous souscrivez un contrat**, votre demande peut prendre effet au plus tôt :

- dans l'heure qui suit le dépôt au guichet de l'une de nos Agences GMF,
- le lendemain à zéro heure du cachet de La Poste, en cas d'envoi simple ou recommandé,
- à 10 heures, le premier jour ouvrable qui suit son dépôt dans une boîte aux lettres de l'une de nos Agences GMF.

À quelle date souhaitez-vous que **votre demande** prenne effet ?

• **Si votre demande concerne une modification**, n'adressez pas de règlement et indiquez-nous (**sous réserve de notre accord**) à quelle date vous souhaitez que votre modification prenne effet

LE MODE DE PAIEMENT DE LA PREMIÈRE COTISATION

► Si vous exercez plusieurs mandats, les tarifs de chaque fonction se cumulent.

Je joins un paiement de _____ € par : Chèque postal ou bancaire (à l'ordre de GMF Assurances) Mandat-cash

VOTRE SIGNATURE

Les données à caractère personnel vous concernant sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces informations peuvent aussi faire l'objet de traitements aux fins de gestion commerciale, de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, pouvant entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données sont destinées à la GMF, responsable des traitements et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités contractuellement ou statutairement liées.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en vous adressant par courrier à GMF - 45930 Orléans cedex 9.

Je suis avisé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une OMISSION ou d'une FAUSSE DÉCLARATION prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

Fait à _____, le _____

 Signature

Cachet de l'Agence GMF

Code Gestionnaire :

Visa ou Code Origine

--	--	--	--	--

Date et heure de dépôt ou de réception

--	--	--	--

Jour

--	--

Mois

--	--	--	--	--	--

Année

--	--	--	--

Heure