



Assurance Personnelle des Infirmiers et autres Professions Paramédicales, des Aides Soignants et des Professions à Caractère Social

Demande d'assurance - Demande de modification

LE SOUSCRIPTEUR

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

N° _____ Rue _____

Lieu-dit _____ Code postal Commune _____

Domicile _____ Portable _____ Adresse email _____

Travail _____ N° du 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 _____

vosre situation familiale _____

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

L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE À ASSURER

VOTRE PROFESSION

Vous exercez en tant que : Agent public dans un hôpital public Salarié(e) au sein d'une association

Salarié(e) d'un établissement privé Participant au Service Public Hospitalier (PSPH)

Autre cas, précisez _____

NOM de l'établissement dans lequel vous exercez :

Vous exercez : à temps plein à temps partiel

Exercez-vous aussi à l'étranger ? OUI NON

Si **OUI**, dans quels pays _____

Donnez-vous des cours hors de l'établissement employeur ?

OUI NON

Pratiquez-vous des expertises ? OUI NON

Son adresse : N° _____ Rue _____

Lieu-dit _____ Code postal

Commune _____



VOTRE DIPLÔME

➤ Cochez la nature de votre diplôme et indiquez sa date d'obtention.

NATURE DU DIPLÔME D'ÉTAT OBTENU	DATE D'OBTENTION DU DIPLÔME	NATURE DU DIPLÔME D'ÉTAT OBTENU	DATE D'OBTENTION DU DIPLÔME
Infirmier (hors IBO et infirmier anesthésiste) <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Aide soignant <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Infirmier anesthésiste (IA) <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Auxiliaire de vie sociale <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Infirmier en bloc opératoire (IBO) <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Auxiliaire de puériculture <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Puéricultrice <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Conducteur ambulancier <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Diététicien <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Assistant de service social <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Pédicure <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Titulaire du CAP de petite enfance <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Podologue <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Éducateur spécialisé <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Kinésithérapeute <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Éducateur pour jeunes enfants <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Manipulateur en électro-radiologie médicale <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Technicien de l'intervention sociale et familiale <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Technicien en analyses biomédicales <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Moniteur éducateur <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Ergothérapeute <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Aide médico-psychologique <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Orthophoniste <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Audioprothésiste <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Orthoptiste <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Prothésiste <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Orthésiste <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __	Psychomotricien <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
Aides instrumentistes ou aides opératoires ayant satisfait aux épreuves de vérification des connaissances conformément aux dispositions de l'article L 431 I-13 du Code de la Santé Publique	__ __ __ __ __ __ __	Opticien-lunetier <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __
		Secrétaire médico-sociale <input type="checkbox"/>	__ __ __ __ __ __ __

LES GARANTIES PROPOSÉES

➤ En souscrivant ce contrat, vous bénéficiez des garanties suivantes :

GARANTIES	ASSUREUR
Responsabilité Civile Professionnelle Défense Pénale et Recours suite à accident Protection Juridique	SHAM
Accidents Corporels	GMF Assurances
Prestations d'Assistance	Garantie Mutuelle des Fonctionnaires

FAIT OU RÉCLAMATION

➤ Toute réclamation formulée auprès du professionnel de santé ou de son assureur (qu'il y ait eu ou non règlement) et/ou toute réclamation de patient ou de ses proches, formulée auprès du professionnel de santé susceptible de pouvoir ultérieurement engager sa responsabilité.

- Avez-vous connaissance **d'un fait ou d'une réclamation** susceptible de mettre en jeu votre responsabilité professionnelle ? OUI NON

Si **OUI**, précisez :

- la date du fait ou de la réclamation __ __ __ __ __ __ __

- la nature du fait ou l'objet de la réclamation _____

LES ANTÉCÉDENTS

- S'agit-il d'une première assurance professionnelle ? OUI NON
Si **NON**, indiquez le NOM de l'assureur actuel ou précédent _____
- Avez-vous résilié ce contrat ? OUI NON Pour quel motif ? _____
- Votre assureur a-t-il résilié ce contrat ? OUI NON À quelle date ?
Est-ce pour : non paiement sinistre autre motif _____
- Avez-vous déclaré un ou des sinistres au cours des 36 derniers mois ? OUI NON Si **OUI**, complétez le tableau ci-dessous :

DATE	NATURE	CIRCONSTANCES	MONTANT DES DOMMAGES
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____ €
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____ €
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____ €

LA DATE D'EFFET DE LA DEMANDE

- **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 son 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 ? Date d'échéance demandée
- **Si votre demande concerne une modification**, n'adrez 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

- La fréquence du paiement est toujours annuelle.

Je joins un chèque de _____ € à l'ordre de GMF Assurances.

POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES


Vos données personnelles sont traitées par la GMF et le groupe Covéa, auquel elle appartient, responsables de traitement. Le groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle, régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue Saint-Lazare - 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>. Vos données personnelles sont collectées et traitées pour permettre de réaliser des opérations de prospection commerciale et vous proposer le service ou le produit le plus adapté à vos besoins. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données personnelles et d'opposition à la prospection commerciale. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : GMF - Protection des données personnelles - 45930 Orléans cedex 9, ou protectiondesdonnees@gmf.fr: Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles sur le site gmf.fr, page "Données personnelles".

VOTRE SIGNATURE

Je soussigné(e), certifie que toutes les réponses faites au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes.

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 du souscripteur,
précédée de la mention "lu et approuvé"

Cachet de l'Agence GMF

Code Gestionnaire :

Visa ou Code Origine

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

Date et heure de dépôt ou de réception

Jour		Mois		Année		Heure			