



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 de la Collectivité Territoriale de Guyane

du Département/de la Région _____

PRÉSIDENT VICE-PRÉSIDENT CONSEILLER COMMUNAUTAIRE AYANT REÇU DÉLÉGATION

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

PRÉSIDENT DU CONSEIL EXÉCUTIF CONSEILLER EXÉCUTIF

de la Collectivité Territoriale de Martinique de la Collectivité de Corse

VOS GARANTIES

La Garantie **PROTECTION JURIDIQUE** est accordée par Covéa 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'Assistance Psychologique

La Responsabilité Civile Personnelle

Les Accidents Corporels

L'Interruption d'Activité

• 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**, 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 de l'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 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 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