



Association Nationale pour une Protection Sociale Alternative

Siège social : ANPSA, c/o M. LECUYER, 753 route de St Etienne, 82230 Monclar-de-Quercy
Correspondance : ANPSA, c/o M. DUMONT, 161 boulevard Lefebvre, 75015 Paris

BULLETIN D'ADHÉSION À L'ASSOCIATION et demande d'affiliation aux garanties Frais de santé (facultative)

Je soussigné(e),

Nom prénom

date de naissance lieu de naissance.....

adresse

numéro de Sécurité Sociale

téléphones : domicile travail e-mail

désire adhérer à l'ANPSA à compter du 1^{er} du mois de

Je souhaite m'inscrire au contrat d'assurance frais de santé souscrit par l'ANPSA : * OUI NON

Si oui, à l'option : * A B C

(Dans le cas de non affiliation au contrat d'assurance, votre cotisation annuelle sera de 10 €.)

Je suis : **Non Assuré Social** (non assujetti à un régime obligatoire).

Vous voudrez bien, dans ce cas, remplir le questionnaire médical figurant au verso.

Assuré Social (régime général, travailleur indépendant ...).

Les cotisations d'assurance et associative - indiquées dans le Guide pratique des garanties - seront prélevées sur mon compte tous les mois. *Merci de joindre l'autorisation de prélèvement automatique (à télécharger) et un relevé d'identité bancaire ou postal.*

*Si vous êtes **Non Assuré Social**, veuillez également joindre un (ou 3) chèque(s) à l'ordre de l'association, les trois premières mensualités étant payable directement à l'ANPSA aux fins de mise en place technique.*

*Si vous êtes **Assuré Social**, veuillez nous adresser une copie de votre attestation VITALE.*

Nous vous rappelons que c'est aux termes d'une convention établie entre la compagnie d'assurance GENERALI (assureur), GMC Services (gestion et courtage) et l'Association Nationale pour une Protection Sociale Alternative (souscripteur), que les adhérents de l'ANPSA sont garantis et remboursés. La notice fournie par l'ANPSA : « Guide pratique des garanties Frais de santé » est un résumé détaillé du contrat souscrit entre l'ANPSA et GENERALI par l'intermédiaire de GMC Services (art. L. 141-4 du Code des Assurances).

Par la présente, je demande au conseil d'administration de l'ANPSA d'agréeer mon adhésion à l'Association. J'atteste avoir pris connaissance des dispositions régissant le contrat et prends note que mon affiliation à ce contrat groupe ne sera effective qu'après acceptation par l'assureur (merci de remplir à cet effet le questionnaire médical figurant au verso).

Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites sont sincères et, à ma connaissance, complètes et exactes. Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation du risque, l'assureur a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, mon adhésion sera annulée aux conditions prévues par le Code des Assurances (art. L. 113-8). Je reconnais avoir pris connaissance du Guide pratique des garanties frais de santé qui m'a été remis.

Fait à le

Signature, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :

Questionnaire Médical

Attention : Votre acceptation par la compagnie d'assurances repose sur vos réponses à ce questionnaire de santé.

Nom : Prénom : Date de naissance :			
Poids (en kg) : Taille (hauteur) : Tension artérielle : maxi : mini : date :			
Veuillez cocher la case correspondante :	Oui	Non	Les signes et les traits ne sont pas admis, chaque réponse doit être claire et précise.
Avez-vous été en arrêt de travail au cours des 3 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si Oui, pour quelle raison ? A quelle date ?
Etes-vous ou avez-vous été atteint de maladies ou d'affections telles que : cérébrales, cardiaques, pulmonaires, rénales, génito-urinaires, osseuses, musculaires, endocriniennes, affection du foie, de la vésicule, du sang, de l'appareil digestif, de la peau, des artères ou des veines, du système nerveux, pression artérielle trop élevée, diabète, albumine, rhumatismes, dépression nerveuse, épilepsie, tumeur, kyste, cancer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si Oui, pour quelle raison ? A quelle date ?
Etes-vous sous traitement ou sous contrôle médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si Oui, pour quelle raison ? A quelle date ?
Avez-vous subi un examen sanguin, urinaire, radiologique ou spécialisé au cours des 3 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ou lesquels ? A quelle date ? Pour quelle raison ? Résultats :
Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ou lesquelles ? A quelle date ?
Avez-vous eu des blessures graves ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? A quelle date ?
Etes-vous atteint : • d'une infirmité ? • d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?
A votre connaissance, devez-vous : • subir des examens médicaux, analyses, radiographies ou autres ? • être hospitalisé ? • subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Approximativement quand ? Pour quelle raison ?

NOTA : Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin habituel si vous en avez un :

Je certifie que toutes ces déclarations sont sincères et, à ma connaissance, complètes et exactes et suis informé/e que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourra entraîner la nullité du contrat en application de l'article L 113.8 du code des assurances.
Je déclare avoir été informé/e du caractère obligatoire des réponses aux questions posées et autorise l'assureur à effectuer, dans le cadre des structures professionnelles, toute opération utile à la gestion ou à la connaissance du risque. Je l'autorise à prendre, en cas de besoin, contact avec mon médecin habituel et autorise ce dernier à lui fournir toutes informations utiles à la bonne compréhension des conditions de mon adhésion ou en cas de sinistre.

Fait à le

Signature de la personne à assurer, précédée de la mention « Lu et approuvé » :