

# → Demande de prestation



45181

- Hospitalisation       Incapacité temporaire       Invalidité permanente

N° de contrat  Id GRC

Autre(s) contrat(s)

## Contacts

Vos documents, pièces, justificatifs sont à adresser à : **Groupama Gan Vie** – Monsieur le Médecin conseil  
Prestations médicales Vie Individuelle – TSA 71313 – 35090 Rennes Cedex 9 **09 69 32 20 60** (appel non surtaxé)

## Assuré

- M.    Mme    Mlle

NOM

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

NÉ LE

ADRESSE

CODE POSTAL  VILLE

## Malade, Victime (si différent de l'assuré)

- M.    Mme    Mlle

NOM

PRÉNOM

NÉ LE

## Situation socio-professionnelle (de l'assuré si malade ou victime)

Exerciez-vous une profession à la date de l'événement déclaré ?  OUI < Laquelle       Êtes-vous titulaire d'une pension ou rente d'invalidité ?  NON

OUI < Laquelle

NON < Date de cessation d'activité

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

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

En arrêt depuis le

Hospitalisation

Y a-t-il eu hospitalisation ?    NON       OUI

Invalidité permanente totale ou partielle

En invalidité depuis le

Exonération du paiement des cotisations

Date de reprise de l'activité    partielle au

totale au

Hospitalisation du  au

Date de reprise de l'activité    partielle au

totale au

## 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       du travail       sportif       de la circulation

S'il s'agit d'un accident de la circulation : l'assuré conduisait-il(elle) le véhicule ?    OUI       NON

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

## Engagements de l'assuré

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)*

## JUSTIFICATIFS À FOURNIR

### À fournir dans tous les cas

- Le présent imprimé de déclaration, dûment complété, daté et signé .....
- L'Attestation Médicale Confidentielle (ci-contre) .....
- Le RIB de votre compte bancaire personnel .....

### À fournir en cas d'incapacité temporaire

- Le certificat initial d'arrêt de travail (en cas de maladie), ou de constatation des blessures (en cas d'accident) .....
- Le compte-rendu des examens spéciaux pratiqués (radiologiques, échographiques...) et, s'il y a lieu, de l'hospitalisation .....
- Les décomptes des prestations du régime d'assurance maladie (Sécurité Sociale, Travailleurs Non Salariés...) .....
- Le cas échéant, le certificat de prolongation d'arrêt de travail ou de reprise .....
- Dans le cas d'une grossesse pathologique : tout justificatif officiel précisant clairement les dates prévues de votre congé légal de maternité .....

#### Si vous êtes Travailleur Non Salarié :

- Un extrait Kbis daté de moins de 3 mois, ou une attestation de votre régime professionnel d'assurances confirmant la date et la durée de votre inscription à la Chambre professionnelle pour une activité non salariée .....
- Une attestation de votre régime d'assurance maladie et vieillesse obligatoire justifiant que vous êtes à jour de vos cotisations .....
- En cas de souscription de la garantie « Remboursement des frais professionnels » :
  - le compte de résultat fiscal portant sur les 3 derniers exercices civils et comptables précédant votre incapacité .....
  - un RIB de votre compte bancaire professionnel, sur lequel seront versées ces prestations .....

#### Si vous êtes Profession libérale :

- Une attestation confirmant la date et la durée de l'inscription à la Chambre Professionnelle ou au registre du commerce .....
- Une attestation de votre régime d'assurance maladie et vieillesse obligatoire justifiant que vous êtes à jour de vos cotisations .....

### À fournir en cas d'hospitalisation

- Le bulletin original d'hospitalisation (ou bulletin de situation) précisant les dates d'entrée et de sortie .....

### À fournir en cas d'invalidité permanente totale ou partielle

- Toutes pièces médicales de nature à permettre une appréciation du taux d'invalidité, si la consolidation de l'état de santé de l'assuré est acquise .....
- Le titre de rente ou la notification d'attribution de la pension d'invalidité si elle est déjà allouée .....

## INFORMATIONS UTILES

- Les décisions des organismes publics, sociaux ou professionnels, en matière d'arrêt de travail ou d'invalidité notamment, ne sont pas opposables à l'assureur qui n'est tenu que par les termes du contrat.
- Ne faites pas opposition au prélèvement de vos cotisations mensuelles même si vous pensez pouvoir prétendre à leur exonération : dès examen de vos droits et s'ils sont reconnus, les mensualités éventuellement perçues à tort vous seront intégralement remboursées. Vous éviterez ainsi des frais d'opposition, des tracas administratifs et, surtout, le risque de voir vos garanties interrompues.
- L'assureur se réserve le droit de réclamer tout autre justificatif (administratif et/ou médical) nécessaire à l'étude du dossier.

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Concernant vos Données personnelles, vous pouvez consulter notre Politique de protection des données, retrouver les informations relatives aux traitements mis en œuvre et aux modalités d'exercice de vos droits sur le site internet [www.ganpatrimoine.fr](http://www.ganpatrimoine.fr), rubrique « Données personnelles », dans votre notice d'information ou en vous adressant à votre assureur.



# Attestation Médicale Confidentielle



N° de contrat

Autre contrat

Assuré  M.  Mme  Mlle

NOM

PRÉNOM  NÉ LE

PROFESSION

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

Malade, Victime (si différent de l'assuré)  M.  Mme  Mlle

NOM

PRÉNOM  NÉ LE

PROFESSION

ADRESSE

## À compléter par le médecin

- Arrêt du travail du  jusqu'au
- Depuis quand êtes-vous le médecin traitant ?  et le médecin prescripteur des arrêts de travail ?
- 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
- S'agit-il d'une grossesse pathologique ? oui  non  Si oui, date présumée de l'accouchement   
Date du début du congé légal maternité :
- 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 : .....
- 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 :
- 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 ? .....
- Des examens complémentaires ont-ils été réalisés ? oui  non  Si oui, joindre une copie des résultats
- État actuel (état clinique, nature des traitements en cours ou envisagés, hospitalisations, pathologies associées ou secondaires) :  
.....
- Votre patient bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié de l'exonération du ticket modérateur ? oui  non   
Si oui, pour quelle affection ? ..... et depuis quelle date ?
- 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 ? .....
- 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 À quelle date ?   
 Stabilisation ou consolidation dans les ..... prochains mois  Aggravation depuis le :   
 Invalidité :  1<sup>re</sup> catégorie  2<sup>e</sup> catégorie  3<sup>e</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.**

Concernant vos Données personnelles, vous pouvez consulter notre Politique de protection des données, retrouver les informations relatives aux traitements mis en œuvre et aux modalités d'exercice de vos droits sur le site internet [www.ganpatrimoine.fr](http://www.ganpatrimoine.fr), rubrique « Données personnelles », dans votre notice d'information ou en vous adressant à votre assureur.

Fait à  le

**SIGNATURE**

**CACHET OBLIGATOIRE**