

**DEMANDE D'ADHESION****No 7'70** \_ \_ ' \_ \_ \_ \_
**ASSURANCE PERTE DE GAIN MALADIES ET ACCIDENTS NON-PROFESSIONNELS**  
 du

**Groupement de Prévoyance et d'Assurance des Fonctionnaires Internationaux,**  
**Palais des Nations, Genève (ci-après GPAFI)**

Par la présente, le proposant ci-après demande son adhésion aux contrats cadres no 14.954.419 et no 14.954.420 conclus entre la « Zurich » Compagnie d'Assurances à Zurich et le **GPAFI**.

**Personne à assurer :**

M., Mme, Mlle \* \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Compte bancaire \_\_\_\_\_

Organisation \_\_\_\_\_

Date de commencement de la couverture \_\_\_\_\_

**Prestations à assurer : MALADIES ET ACCIDENTS NON-PROFESSIONNELS**

Traitement annuel convenu: CHF \_\_\_\_\_

	Délai d'attente	Couverture	Taux	Prime
<input type="checkbox"/>	270 jours	50 %	0,95 %	CHF _____
<input type="checkbox"/>	90 jours	50 %	1,95 %	CHF _____

Prime annuelle CHF \_\_\_\_\_

Prime 2018 CHF \_\_\_\_\_

## Documents à fournir :

1. Dernière feuille de salaire
2. Attestation concernant les jours de maladie épuisés

L'adhésion est limitée aux fonctionnaires n'ayant pas épuisé plus de **100 jours sur 4 ans, ni plus de 20 jours** (var. 270) ou **10 jours** (var. 90) pendant l'année courante. Elle est également soumise au questionnaire de santé figurant au verso.

Le proposant certifie avoir reçu l'extrait des conditions générales d'assurance. L'adhésion sera effective par la remise du certificat établi par la « Zurich ».

Genève, le \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer : \_\_\_\_\_

Visa du GPAFI : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Une réponse détaillée, complète et exacte doit être donnée à toutes les questions posées. Toute omission ou inexactitude donne à la Zurich le droit d'exclure la personne soussignée de l'assurance. En outre, la Zurich est libérée de son obligation relative aux dommages déjà survenus, si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue d'un événement assuré (art. 6 LCA). La personne à assurer est entièrement responsable des réponses données, même si le conseiller d'assurance ou une personne tierce remplit le questionnaire à sa place, et elle autorise le médecin à transmettre au médecin conseil de l'assurance des informations médicales sur son état de santé.

1. Etes-vous actuellement en congé maladie ?  oui  non

Si oui : pour quelle raison ? \_\_\_\_\_  
depuis quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_  
nom et adresse du médecin : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un thérapeute ?  oui  non

Si oui : pour quelle raison ? \_\_\_\_\_  
quand (mois/année) ? \_\_\_\_\_  
guéri (mois/année) ? \_\_\_\_\_  
nom et adresse du médecin : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Au cours des 12 prochains mois, un traitement est-il prévu ou une hospitalisation est-elle prévue ?  oui  non

Si oui : pour quelle raison ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
nom et adresse du médecin : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifié exact.

Genève, le \_\_\_\_\_ Signature de la personne à assurer : \_\_\_\_\_