

**AGENT DE CONDUITE FERROVIAIRE
ADHÉRENT FGAAC**



IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénoms : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél. : _____ E-mail : _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Situation familiale : _____
 Fonction : _____ Employeur : _____
 Grade : TB1 TB2 TB3 TA1 TA2 Autres : _____
 Établissement : _____
 Travaillez-vous à temps partiel ? oui non – si oui, est-ce pour motif médical ? _____

GARANTIES ET COTISATIONS (COCHEZ L'OPTION CHOISIE)

Choix d'option	Descente de machine	Indemnités journalières	Franchise arrêt de travail	Cotisation mensuelle
<input type="checkbox"/> Option 1	25 000€	10€/jour	Accident 0 jour – maladie 15 jours	20€
<input type="checkbox"/> Option 2	25 000€	15€/jour	Accident 0 jour – maladie 15 jours	25€
<input type="checkbox"/> Option 3	25 000€	20€/jour	Accident 0 jour – maladie 30 jours	30€

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (si cette déclaration ne peut être cochée/signée, compléter le questionnaire de santé)

Quelle est votre taille ? _____ cm Quel est votre poids ? _____ kg

« Je déclare être, à ma connaissance, en bon état de santé, ne pas être actuellement en arrêt de travail et ne faire l'objet d'aucun traitement médical,

– depuis 5 ans, je n'ai pas présenté de maladie ou accident ayant nécessité un arrêt de travail ou un traitement de plus de 30 jours consécutifs ou une hospitalisation de plus de 10 jours consécutifs,

– je n'ai été informé(e) d'aucun facteur de risque particulier concernant mon état de santé (diabète, hépatite, cholestérol, etc.), ni devoir être hospitalisé au cours des 3 mois à venir. »

Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle de prise d'effet des garanties. Je suis conscient(e) que le médecin-conseil de l'Institution se réserve le droit de me demander communication de documents médicaux complémentaires. Je consens expressément à ce que les données de santé ci-dessus soient utilisées pour traiter ce dossier et je certifie que les réponses faites ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes. »

J'accepte que mes cotisations soient réglées par prélèvement de mon compte courant, selon autorisation ci-jointe et qu'une information préalable du montant de ceux-ci me soit communiquée dans le cas où ils viendraient à changer.

Je soussigné(e) _____ demande à être affilié(e) ou à modifier le contrat n° 32/2315/830 souscrit par le SAAM auprès d'IPECA PRÉVOYANCE, à effet du ____ / ____ / ____ et reconnais avoir reçu :

– un double du présent bulletin d'affiliation ;

– un exemplaire de la notice d'information dont j'ai pris connaissance et dont j'accepte les termes sans réserve.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte de ma part peut entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L-932-16 (nullité de l'affiliation) et L-932-17 (réduction des prestations) du Code de la Sécurité sociale.

Fait à, _____ le ____ / ____ / ____

Signature du posant (précédée de la mention lu et approuvé) :

**AGENT DE CONDUITE FERROVIAIRE
ADHÉRENT FGAAC**



IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénoms : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél. : _____ E-mail : _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Situation familiale : _____
 Fonction : _____ Employeur : _____
 Grade : TB1 TB2 TB3 TA1 TA2 Autres : _____
 Établissement : _____
 Travaillez-vous à temps partiel ? oui non – si oui, est-ce pour motif médical ? _____

GARANTIES ET COTISATIONS (COCHEZ L'OPTION CHOISIE)

Choix d'option	Descente de machine	Indemnités journalières	Franchise arrêt de travail	Cotisation mensuelle
<input type="checkbox"/> Option 1	25 000€	10€/jour	Accident 0 jour – maladie 15 jours	20€
<input type="checkbox"/> Option 2	25 000€	15€/jour	Accident 0 jour – maladie 15 jours	25€
<input type="checkbox"/> Option 3	25 000€	20€/jour	Accident 0 jour – maladie 30 jours	30€

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (si cette déclaration ne peut être cochée/signée, compléter le questionnaire de santé)

Quelle est votre taille ? _____ cm Quel est votre poids ? _____ kg

« Je déclare être, à ma connaissance, en bon état de santé, ne pas être actuellement en arrêt de travail et ne faire l'objet d'aucun traitement médical,

– depuis 5 ans, je n'ai pas présenté de maladie ou accident ayant nécessité un arrêt de travail ou un traitement de plus de 30 jours consécutifs ou une hospitalisation de plus de 10 jours consécutifs,

– je n'ai été informé(e) d'aucun facteur de risque particulier concernant mon état de santé (diabète, hépatite, cholestérol, etc.), ni devoir être hospitalisé au cours des 3 mois à venir. »

Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle de prise d'effet des garanties. Je suis conscient(e) que le médecin-conseil de l'Institution se réserve le droit de me demander communication de documents médicaux complémentaires. Je consens expressément à ce que les données de santé ci-dessus soient utilisées pour traiter ce dossier et je certifie que les réponses faites ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes. »

J'accepte que mes cotisations soient réglées par prélèvement de mon compte courant, selon autorisation ci-jointe et qu'une information préalable du montant de ceux-ci me soit communiquée dans le cas où ils viendraient à changer.

Je soussigné(e) _____ demande à être affilié(e) ou à modifier le contrat n° 32/2315/830 souscrit par le SAAM auprès d'IPECA PRÉVOYANCE, à effet du ____/____/____ et reconnais avoir reçu :

– un double du présent bulletin d'affiliation ;

– un exemplaire de la notice d'information dont j'ai pris connaissance et dont j'accepte les termes sans réserve.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte de ma part peut entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L-932-16 (nullité de l'affiliation) et L-932-17 (réduction des prestations) du Code de la Sécurité sociale.

Fait à, _____ le ____/____/____

Signature du posant (précédée de la mention lu et approuvé) :