



**GMC**  
gestion



18, Rue Alphonse Karr  
06000 NICE  
TEL : 04 93 16 74 74  
FAX : 04 93 16 74 75  
E-mail : info@paya-assurances.fr  
Site web : http://www.paya-assurances.fr  
**N° Vert 0 800 22 11 22**



## BULLETIN D'ADHESION « SANTE POLICE 2 » GARANTIE MEDICO-CHIRURGICALE

Je soussigné/e (nom et prénom) : .....  
demeurant : .....  
code postal : ..... ville : ..... tél. : .....  
déclare avoir pris connaissance des conditions et des garanties du régime qui m'ont été communiquées : j'adhère aux garanties désignées ci-après, qui font l'objet des conventions d'assurance n° 67 284 880 souscrites auprès d'AMIS, et n° 137211837 souscrite auprès de Garantie Assistance.

**Pour demander votre adhésion, il suffit de retourner :**

- ce bulletin d'adhésion + l'autorisation de prélèvement dûment complétés et signés
  - un relevé d'identité bancaire
  - photocopie de la carte d'assuré social pour chaque bénéficiaire
- à P. PAYA ASSURANCES - 18 rue Alphonse Karr - 06000 Nice.**

Nos partenaires



### GARANTIE MEDICO-CHIRURGICALE Formule retenue et cotisations au 01.01.2006

**Choisissez votre garantie :**  
(cotisation mensuelle par personne : conjoint ou concubin et enfant de moins de 21 ans)

Garantie « PRIMA »	Tranches d'âge	Garantie « MAXIMA »
13,75 € / mois <input type="checkbox"/>	moins de 20 ans	23,65 € / mois <input type="checkbox"/>
17,10 € / mois <input type="checkbox"/>	20 à 24 ans	27,90 € / mois <input type="checkbox"/>
22,70 € / mois <input type="checkbox"/>	25 à 29 ans	34,25 € / mois <input type="checkbox"/>
29,10 € / mois <input type="checkbox"/>	30 à 34 ans	41,95 € / mois <input type="checkbox"/>
33,60 € / mois <input type="checkbox"/>	35 à 39 ans	46,20 € / mois <input type="checkbox"/>
36,70 € / mois <input type="checkbox"/>	40 à 44 ans	50,95 € / mois <input type="checkbox"/>
39,80 € / mois <input type="checkbox"/>	45 à 49 ans	58,10 € / mois <input type="checkbox"/>
45,10 € / mois <input type="checkbox"/>	50 à 54 ans	63,40 € / mois <input type="checkbox"/>
49,60 € / mois <input type="checkbox"/>	55 à 59 ans	67,10 € / mois <input type="checkbox"/>
52,90 € / mois <input type="checkbox"/>	60 à 64 ans	71,35 € / mois <input type="checkbox"/>
56,60 € / mois <input type="checkbox"/>	65 à 69 ans	77,45 € / mois <input type="checkbox"/>
59,15 € / mois <input type="checkbox"/>	70 ans et plus	82,25 € / mois <input type="checkbox"/>

Je présente, dans le même temps, ma demande d'adhésion aux garanties prévoyance « Maintien de salaire » et « Garantie indemnitaire des primes » auxquelles l'adhésion est obligatoire, sauf décision de la Compagnie d'assurance.

### CONDITIONS DE L'ADHESION

#### I - DATE D'EFFET

Je désire adhérer à compter du | 0 | 1 | | | | | | | |

NOTA : L'adhésion est annuelle et ne peut être rétroactive : elle est effective à la date d'effet indiquée ci-après. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> avril de chaque année sauf dénonciation par lettre recommandée 2 mois avant l'échéance.

#### II - MODALITES ET REGLEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles. Elles sont payables par prélèvement automatique bancaire à périodicité mensuelle.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de mon adhésion, ainsi que des garanties et cotisations dont le descriptif m'a été communiqué.

Fait à Nice, le .....

**DATE D'EFFET EFFECTIVE** (indiquée par GMC Gestion) : .....

**Signature du souscripteur,  
précédée de la mention « Lu et approuvé ».**

Validation de la demande  
par P. PAYA ASSURANCES :

Signature et cachet de GMC Gestion :





**GMC**  
gestion



18, Rue Alphonse Karr  
06000 NICE  
TEL : 04 93 16 74 74  
FAX : 04 93 16 74 75  
E-mail : info@paya-assurances.fr  
Site web : http://www.paya-assurances.fr  
**N° Vert 0 800 22 11 22**

## BULLETIN D'ADHESION « SANTE POLICE 2 » GARANTIES PREVOYANCE à effet au 01.01.2006

Je soussigné/e (nom et prénom) : .....  
demeurant : .....  
code postal : ..... ville : ..... tél. : .....  
déclare avoir pris connaissance des conditions et des garanties du régime qui m'ont été communiquées : j'adhère aux  
garanties désignées ci-après, qui font l'objet des conventions d'assurance n° 67 284 880 souscrites auprès d'AMIS.

**Pour demander votre adhésion, il suffit de retourner ce bulletin d'adhésion  
avec votre demande d'adhésion en frais médicaux à :  
P. PAYA ASSURANCES - 18 rue Alphonse Karr - 06000 Nice.**

Nos partenaires



### GARANTIES PREVOYANCE (Fonctionnaires en activité uniquement)

La souscription à ces garanties prévoyance est obligatoire pour le souscripteur d'une garantie médico-chirurgicale Santé Police. Seul le rejet de la demande d'adhésion par l'assureur, au vu des réponses au questionnaire de santé ci-après, peut permettre à l'assuré d'être affilié aux seuls frais médicaux. La demande d'adhésion est obligatoire pour le souscripteur, facultative pour le conjoint fonctionnaire. Ces garanties sont opérationnelles après délais d'attente.

#### MAINTIEN DE SALAIRE : Délais d'attente : 3 mois

**Choisissez le montant de votre garantie de salaire complémentaire au demi-traitement**



**SOUSCRIPTEUR  
FONCTIONNAIRE DE POLICE  
(adhésion obligatoire)**

**CONJOINT FONCTIONNAIRE DE POLICE OU  
FONCTIONNAIRE D'UNE AUTRE ADMINISTRATION  
(adhésion facultative)**

#### INDEMNITES JOURNALIERES DU SOUSCRIPTEUR : (fonctionnaire de police)

Versement de l'indemnité choisie en cas de demi-traitement  
et au maximum durant 1 080 jours d'arrêt continu de travail.

#### INDEMNITES JOURNALIERES DU CONJOINT :

☞ **Si le conjoint est fonctionnaire de police :**

versement de l'indemnité en cas de demi-traitement et au  
maximum durant 1 080 jours d'arrêt continu de travail.

☞ **Si le conjoint relève d'une autre administration de l'Etat :**

versement de l'indemnité choisie dès le passage en demi-traitement  
et au plus tôt à compter du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu  
(durée maximum : 1 080 indemnités journalières).

#### Cotisations

- 732 € (pour un salaire net mensuel de 1 464 €) 7,10 € / mois
- 915 € (pour un salaire net mensuel de 1 921 €) 8,80 € / mois
- 1 098 € (pour un salaire net mensuel de 2 195 €) 10,60 € / mois
- autre catégorie retenue selon barème : N° ..... /..... € / mois

#### Cotisations

- 732 € (pour un salaire net mensuel de 1 464 €) 7,10 € / mois
- 915 € (pour un salaire net mensuel de 1 921 €) 8,80 € / mois
- 1 098 € (pour un salaire net mensuel de 2 195 €) 10,60 € / mois
- autre catégorie retenue selon barème : N° ..... /... .. € / mois

#### LES PRESTATIONS SONT CALCULEES SUR LA BASE JOURNALIERE DE 1/30<sup>ème</sup> DU FORFAIT CHOISI.

Salaires net déclaré par le souscripteur :

Salaires net déclaré par le conjoint :

**RAPPEL :** Le cumul de l'indemnité versée par le présent régime avec le traitement maintenu par l'administration et toute autre indemnisation ne peut permettre à l'assuré de bénéficier de revenus nets supérieurs à son traitement indiciaire.

#### GARANTIE INDEMNITAIRE DES PRIMES : Délai d'attente pour options : 3 mois

- La garantie concerne le personnel en activité de service sans réduction d'horaire pour raison médicale.
- Les pathologies antérieures à la date d'effet de l'adhésion à la garantie ne sont pas prises en charge.
- Les primes indemnisables sont les primes versées par l'employeur et n'entrant pas dans le calcul de la pension de retraite.
- Sont exclues les pertes de primes subies suite à un accident, un accident de service, un accident de la circulation ou lié à un tiers mis en cause.
- Le versement des indemnités ne peut se faire qu'au-delà d'une franchise correspondant à un arrêt de travail continu de 30 jours.
- Cette garantie peut donner lieu à prestations durant 5 années maximum, sur présentation de justificatifs (bulletin de salaire sur lequel apparaît la retenue, arrêt de travail et justificatif de l'employeur précisant le montant et la nature de la prime).
- Le montant de l'indemnisation ne pourra excéder le montant net (déduction faite de la CSG et de la RDS) des primes concernées, quelque soit l'option retenue par l'agent.
- Pendant le versement des indemnités, les cotisations continuent à être dues.
- Le niveau minimum garanti obligatoirement pour tout adhérent à Santé Police est de 300 € par mois, pour une cotisation mensuelle de 8 €.
- Le choix d'options supérieures donnera lieu à une période de stage de 12 mois pendant laquelle la garantie antérieure sera appliquée. Les pathologies antérieures à la date d'expiration du délai de stage ne seront prises en compte que sur la base de la garantie antérieure.
- Les changements d'options ne pourront se faire qu'à l'échéance annuelle (1<sup>er</sup> avril) et sur justificatifs d'un changement du niveau des primes versées par l'employeur (arrêté, bulletin de salaire). Aucun changement d'options ne sera possible, pour un assuré, dès lors qu'il y aura eu intervention antérieure de la garantie.

Certifié ISO 9001 : 2000 par



**Additionnez la cotisation de la garantie perte des primes :**

**SOUSCRIPTEUR FONCTIONNAIRE DE POLICE  
(obligatoire)**

**CONJOINT FONCTIONNAIRE DE POLICE  
(obligatoire si maintien de salaire retenu)**

	Montant mensuel	Cotisation mensuelle
<b>Garantie minimale obligatoire :</b> <input type="checkbox"/>	300 €	8,00 €
<b>ou option retenue :</b>		
option 1 <input type="checkbox"/>	450 €	12,00 €
option 2 <input type="checkbox"/>	600 €	16,00 €
option 3 <input type="checkbox"/>	750 €	20,00 €
option 4 <input type="checkbox"/>	900 €	24,00 €
option 5 <input type="checkbox"/>	1 050 €	28,00 €
option 6 <input type="checkbox"/>	1 200 €	32,00 €
option 7 <input type="checkbox"/>	1 350 €	36,00 €
option 8 <input type="checkbox"/>	1 500 €	40,00 €

	Montant mensuel	Cotisation mensuelle
<b>Garantie minimale obligatoire :</b> <input type="checkbox"/>	300 €	8,00 €
<b>ou option retenue :</b>		
option 1 <input type="checkbox"/>	450 €	12,00 €
option 2 <input type="checkbox"/>	600 €	16,00 €
option 3 <input type="checkbox"/>	750 €	20,00 €
option 4 <input type="checkbox"/>	900 €	24,00 €
option 5 <input type="checkbox"/>	1 050 €	28,00 €
option 6 <input type="checkbox"/>	1 200 €	32,00 €
option 7 <input type="checkbox"/>	1 350 €	36,00 €
option 8 <input type="checkbox"/>	1 500 €	40,00 €

**TOTAL DE VOTRE COTISATION MENSUELLE PREVOYANCE** ➔

€

**ADHESION PREVOYANCE – QUESTIONNAIRE MEDICAL**

	<b>Souscripteur</b>		<b>Conjoint ou concubin adhérant aux garanties prévoyance</b>	
<b>NOM</b>				
<b>Prénom</b>				
<b>Date de naissance</b>				
<b>Numéro de Sécurité sociale</b>				
<b>Poids et taille</b>				
<b>Tension artérielle (niveau et date)</b>				
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1. Avez-vous été hospitalisé au cours des 3 dernières années ? <i>A quelles dates, pour quelles durées, pour quels motifs ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médical ? <i>Si oui, pourquoi et lequel ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Devez-vous effectuer un séjour en établissement de soins ou subir une intervention chirurgicale ? <i>Si oui, laquelle et date ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous été, au cours des 3 dernières années, en arrêt de travail pendant plus de 8 jours, ou êtes-vous en arrêt ? <i>Si oui, date et motif ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ce questionnaire médical doit être obligatoirement complété. Il doit être adressé sous pli confidentiel au Médecin-conseil de GMC.**

Je certifie complètes, exactes et sincères les déclarations ci-dessus et m'engage à fournir au Médecin-conseil de GMC, et à autoriser mon médecin traitant à lui donner, tous les renseignements médicaux dont il aura besoin.  
Conformément à l'art. L 113-8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration ou omission entraînerait la nullité de l'assurance prévoyance.

**CONDITIONS DE L'ADHESION**

**I - DATE D'EFFET**

**Je désire adhérer à compter du** | 0 | 1 | | | | | | |

NOTA : L'adhésion est annuelle et ne peut être rétroactive : elle est effective après acceptation de l'adhésion prévoyance par la compagnie. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> avril de chaque année sauf dénonciation par lettre recommandée deux mois avant l'échéance.

**II - MODALITES ET REGLEMENT DES COTISATIONS**

Les cotisations sont annuelles. Elles sont payables par prélèvement automatique bancaire à périodicité mensuelle.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de mon adhésion, ainsi que des garanties et cotisations dont le descriptif m'a été communiqué.

Fait à Nice, le .....

**DATE D'EFFET EFFECTIVE** (indiquée par GMC Gestion) : .....

<i>Signature du souscripteur et du conjoint en cas d'adhésion prévoyance, précédée de la mention « Lu et approuvé ».</i>	<i>Validation de la demande par P. PAYA ASSURANCES :</i>	<i>Signature et cachet de GMC Gestion valant acceptation dans l'assurance :</i>
--	--	---