

→ Certificat de Prolongation



N° de contrat

Assuré(e)

M. Mme. Mlle. N° GRC

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Né (e) le ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

Autres
contrats

Situation socio-professionnelle du malade ou de la victime

Exercez-vous une profession à la date de l'évènement déclaré ?

OUI < Laquelle

NON < Date de cessation d'activité

Malade, victime (si différent de l'assuré(e))

M. Mme Mlle

Nom

Prénom Né (e) le

A compléter par le médecin

Je soussigné, Docteur _____

médecin traitant, depuis le ,

de ce patient dont j'atteste l'identité, certifie que son état de santé entraîne :

UNE PROLONGATION D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE JOURS
A COMPTER DU AVEC :

- obligation de garder la chambre jusqu'au

- sorties autorisées à partir du

UNE REPRISE DU TRAVAIL

- à temps partiel à compter du

- à temps complet à compter du



Certificat établi sur demande de l'assuré et à lui remettre en main propre pour justifier sa demande de prestations.

Les honoraires éventuels résultant de la rédaction de ce certificat sont à sa charge exclusive.

Date, signature et cachet du médecin

Fait à

Le

CONSEILS UTILES

⇒ UN DOSSIER COMPLET = UN TRAITEMENT RAPIDE

Veillez soigneusement à éviter toute rature ou surcharge dans la rédaction de ce document

Vous-même

- N'oubliez pas d'inscrire VOTRE(VOS) NUMERO(S) DE CONTRAT(S) et de renseigner VOTRE IDENTITE

Votre médecin traitant

- Ne doit pas manquer d'apposer la DATE, sa SIGNATURE et son CACHET

⇒ Votre certificat de prolongation est à adresser à :

Groupama Gan Vie
Prestations Vie Individuelle
160 AVENUE CHARLES DE GAULLE
TSA 11266
91426 MORANGIS CEDEX

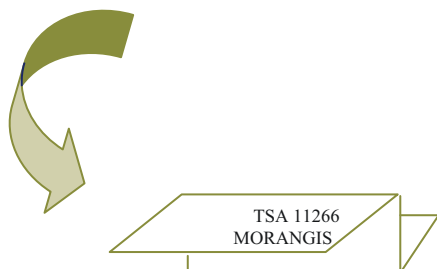
INFORMATIONS UTILES

- 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 : seules les conditions de votre contrat font loi et sont donc applicables.
- Ne faites pas opposition au prélèvement de vos cotisations mensuelles même si vous pensez pouvoir continuer à prétendre à leur exonération : dès ré-examen de vos droits, et s'ils sont reconduits, 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.

⇒ Si vous souhaitez de plus amples renseignements, le Service Relation Clientèle de Groupama Gan Vie est à votre écoute et à votre disposition au : **09 69 32 20 31** (appel non surtaxé)

Si vous avez la possibilité d'utiliser une enveloppe à fenêtre pour votre envoi (n'omettez pas d'affranchir)

☞ **Plier suivant le pointillé**



GROUPAMA GAN VIE
PRESTATIONS VIE INDIVIDUELLE
160 AVENUE CHARLES DE GAULLE
TSA 11266
91426 MORANGIS CEDEX

*Si vous ne disposez pas d'enveloppe à fenêtre,
✂ découpez suivant le pointillé
et collez dans l'angle inférieur droit
de votre enveloppe, comme ci-contre.*

AFFRANCHIR

AU

TARIF

LETTRE



GROUPAMA GAN VIE
PRESTATIONS VIE INDIVIDUELLE
160 AVENUE CHARLES DE GAULLE
TSA 11266
91426 MORANGIS CEDEX

