

Programme d'auto-assurance de la Fonction Publique

Géré par : **Groupe Santé Plus**

10, rue Cheriez, Canapé-Vert, Port-au-Prince, Haïti . Tél : 244-1876/2441880/3 / 244-1480 . Fax : 244-1872

Partie I

Formulaire d' enrôlement des pensionnaires de l'Etat

Departement		Code Pension		<input type="checkbox"/> Pension Civile <input type="checkbox"/> Pension Militaire <input type="checkbox"/> Pension BNDAL <input type="checkbox"/> Pension Minoterie
nom du pensionnaire	prenom:	nom de jeune fille		
Lieu de Residence		NIF	Sexe	
adresse		CIN	Homme / Femme	
Ville:			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Statut matrimonial	date de naissance	Type de pension		Avez-vous une autre assurance santé?
		<input type="checkbox"/> Carrière <input type="checkbox"/> Reversibilité Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Réversib. Pour incapacité		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				Si Oui, citez la compagnie :
		Votre conjoint travaille t-il (elle)		
		Est-il (elle) assuré(e)?		
<input type="checkbox"/> Célibataire	lieu de naissance	Etes-vous beneficiaire d'un regime de retraite?		
<input type="checkbox"/> Marié(e)	Ville	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Pays	Si Oui, indiquez:		
<input type="checkbox"/> Veuf(ve)				

Partie II : Pour désignation du dependant éligible et de la personne habilitée à recevoir la contribution funéraire

Je sollicite l'assurance collective pour moi-même et pour mon (ma) conjoint(e) éligible cité(e) à la partie II. Je désigne personnellement à la partie II la personne habilitée à recevoir la contribution funéraire en cas de décès. Je certifie que toutes les déclarations fournies dans ce formulaire sont parfaites, complètes, vraies et sincères. Je comprends que mes déclarations constituent le fondement aussi bien de ma couverture que de la police d'assurance collective citée en référence

Dependant Eligible

Nom Prenom du (de la) conjoint(e):	date de naissance	Adresse	Telephone

Personne(s) habilitée(s) a recevoir la contribution funéraire

Signature du pensionnaire _____

Date de la signature _____

Partie III : Espace reserve a la Direction de la Pension Civile

Date effective
d'assurance
(jj/mm/aaaa)

Ass. Plan #

Date de liquidation

Date Avis:

Date arrete:

Statut Pension :

☐

Seul

☐

Conjoint

Montant Pension Mensuelle

Gdes

Contribution financiere en cas
de deces

Visas et sceau

Agent _____

Resp. Assurance _____

Directeur de la Pension Civile

La Direction de la Pension Civile certifie que :

Code #Erreur _____

A rempli les formalités d'enregistrement au Programme d'Auto Assurance et est éligible à bénéficier immédiatement de la couverture d'assurance dans les limites des termes et conditions établies, sur présentation de cette souche et de sa carte d'identification.

Le : _____ Visé par : _____