



Sohu

Assurance santé
Bulletin d'adhésion

ADHÉRENT

Nom _____ Prénoms _____
Date de naissance (dd/mm/yyyy) _____ Nationalité _____ Sexe (M/F) _____
Adresse _____
Pays _____ Ville _____ Code Postal _____
Dénomination ou raison sociale (si l'adhérent est une personne morale) _____
Forme juridique (si l'adhérent est une personne morale) _____
Tel. _____ Portable _____ E-mail _____
Profession _____

BÉNÉFICIAIRE(S)

Lien de parenté	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (M/F)	Profession
_____	_____	_____	___/___/___	_____	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____	_____
_____	_____	_____	___/___/___	_____	_____

MODE DE PAIEMENT

Comment souhaitez-vous régler vos cotisations ?

Votre cotisation est payable d'avance en F CFA



Annuellement

Le paiement des cotisations par fraction n'est pas encore disponible

Sélectionnez votre mode de paiement :

Espèces

Chèque

Virement

Carte bancaire

Mobile Money

DATE D'EFFET DE COUVERTURE

A partir de quelle date souhaitez-vous bénéficier de vos garanties ?

_____/_____/_____
Jour Mois Année

Votre adhésion au présent contrat prend effet à la date indiquée sur votre bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain du jour de réception par l'assureur du dossier d'adhésion complet (bulletin d'adhésion et questionnaire médical complétés et signés, transmission des informations complémentaires éventuellement demandées), sous réserve de l'acceptation de votre dossier par le département médical de l'assureur et du paiement intégral de la première cotisation (art. 13 du code CIMA).

- TERRITORIALITÉ : BÉNIN + EXTENSION AFRIQUE - EUROPE
- CHOISISSEZ VOTRE FORMULE DE GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

GARANTIES SOUHAITÉES	<input type="checkbox"/> PREMIER	<input type="checkbox"/> VITALITÉ	<input type="checkbox"/> PRESTIGE
Hospitalisation + Médecine courante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
+ Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Optique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Maternité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NIVEAU DE COUVERTURE	100%	90%	80%	70%	60%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COTISATION NETTE FRAIS DE SANTÉ

La cotisation ci-dessus est en F CFA.

Elle peut subir des majorations en fonction des pathologies déclarées sur le questionnaire médical.

La cotisation définitive sera confirmée au souscripteur après analyse par le département médical de l'assureur.

Vos délais d'attente :

- ✓ Pas de délai d'attente en cas d'accident ;
- ✓ 01 mois après l'adhésion pour les soins ordinaires ;
- ✓ 06 mois pour la lunetterie et les prothèses dentaires ;
- ✓ 06 mois pour les maladies chroniques non déclarées, non rachetées et survenant pour la première fois pendant le contrat ;
- ✓ 10 mois pour la maternité.

- CHOISISSEZ VOTRE OPTION "PRÉVOYANCE FAMILIALE" (18 À 65 ANS)

Capital décès / invalidité totale et définitive	3 500 000 F CFA	<input type="checkbox"/> Assuré principal	<input type="checkbox"/> Conjoint
Capital décès / invalidité totale et définitive	5 250 000 F CFA	<input type="checkbox"/> Assuré principal	<input type="checkbox"/> Conjoint
Capital décès / invalidité totale et définitive	7 000 000 F CFA	<input type="checkbox"/> Assuré principal	<input type="checkbox"/> Conjoint

COTISATION NETTE PRÉVOYANCE

Bénéficiaire du capital décès Assuré principal		Bénéficiaire du capital décès Conjoint	
Clause type : <input type="checkbox"/>	<i>Mon conjoint non divorcé, non séparé par un jugement définitif, à défaut mes enfants survivants par parts égales entre eux, à défaut mes parents par parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Mon conjoint non divorcé, non séparé par un jugement définitif, à défaut mes enfants survivants par parts égales entre eux, à défaut mes parents par parts égales entre eux ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.</i>
Autre clause : <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Accessoires (droit d'adhésion annuel à l'APS : 5 000 FCFA par individu ou 10 000 FCFA par famille + coût de police : 5 000 FCFA)

_____ FCFA

Cotisation annuelle TTC

_____ FCFA

VOTRE DÉCLARATION

Je demande mon adhésion à l'Association de Prévoyance Sociale du Bénin ainsi qu'aux conventions SOHU souscrites par elle via son courtier (mandataire) auprès de Atlantique Assurances pour les garanties frais de santé et capital décès/invalidité. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association de Prévoyance Sociale du Bénin téléchargeables sur le site www.aps-benin.com

Je déclare avoir lu et compris le tableau des garanties et les conditions générales du contrat d'assurance SOHU.

J'accepte d'être contacté(e) par téléphone ou par mail à propos de ma demande d'assurance et des suites données.

Je reconnais être informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par les organismes assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

L'attention des adhérents est attirée sur le fait que la souscription au présent régime ne les dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont ils pourraient relever et que certaines prestations sont soumises à l'application de délais d'attente.

Je soussigné(e), certifie exactes et sincères les informations renseignées dans le présent bulletin d'adhésion, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Conformément à l'article 18 du code CIMA, la fausse déclaration intentionnelle est sanctionnée par la nullité du contrat. Les primes payées demeurent acquises à l'assureur.

Signature de l'adhérent précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Mention : _____ Signature :

COMMENT SOUSCRIRE ?

Afin d'adhérer au contrat SOHU, l'adhérent doit compléter ce bulletin d'adhésion et les bénéficiaires le questionnaire médical.

Pour assurer la confidentialité médicale de ces documents, vous pouvez transmettre ce questionnaire médical et les éventuelles pièces médicales complémentaires directement, sous pli fermé et confidentiel, à l'attention, à l'attention du médecin conseil de l'APS :

1354 Boulevard du Canada, Cadjèhoun - Cotonou

Les documents complétés et signés peuvent aussi être scannés et envoyés directement par email à l'adresse suivante : medecin@aps-benin.com

N'oubliez pas de joindre :

- le questionnaire médical complété et signé par chaque bénéficiaire ;
- la photocopie de la carte d'identité ou acte de naissance de chaque bénéficiaire ;
- la photo d'identité de chaque bénéficiaire vous sera demandée après acceptation de l'adhésion.

Si votre adhésion est acceptée, l'activation immédiate de votre contrat sera conditionnée par le paiement intégral de votre première cotisation (article 13 du Code CIMA). Vous recevrez votre carte d'assuré quelques jours après.

Merci de vérifier que vous avez répondu à toutes les questions et signé les formulaires.

Nous vous remercions et restons à votre disposition pour toute précision.



Association de Prévoyance Sociale du Bénin

1354 Boulevard du Canada, Cadjèhoun
Cotonou, République du BÉNIN
www.aps-benin.com

Association d'assurés à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901.



Atlantique Assurances Bénin - IARDT

SA avec Conseil d'Administration, capital social de 5.000.000.000 F CFA
Siège social : Avenue Steinmetz, Lot 103-H03
BP 0487 Cotonou, République du BENIN
www.atlantiqueassurancesbenin.net

Entreprise régie par le code des assurances CIMA - RCCM RB/ COT/16 B 15893 - Agrément 980-C/MEF/DC/SGM/DGAE/DA/ SRA/031SGG17 du 23/03/2017



Atlantique Assurances Bénin - Vie

SA avec Conseil d'Administration, capital social de 3.299.350.000 F CFA
Siège social : Avenue Steinmetz, Lot 103-H
04 BP 0851 Cotonou, République du BENIN
www.atlantiqueassurancesbeninvie.net

Entreprise régie par le code des assurances CIMA - RCCM RB/ COT/10 B 5999 - B - Agrément décret 94-378 du 17/11/1994

Votre intermédiaire agréé Atlantique Assurances Bénin :

Entité :

Agent :

Adresse :

Tél :

Email :

COMPLÉTEZ, DATEZ et SIGNEZ VOTRE QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Chaque assuré doit compléter un questionnaire. Si le contrat comporte plus d'une personne à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

Une visite médicale auprès de notre médecin conseil sera demandée pour les plus de 50 ans.

Ce questionnaire de santé est valide **3 mois** à partir de sa signature.

1 Déclaration d'état de santé

Veuillez remplir le questionnaire suivant en prenant en compte l'ensemble de votre historique médical et celui de vos ayants droit. Tous les éléments matériels (éléments nous permettant d'évaluer le risque et d'accepter la souscription) doivent être communiqués à l'assureur. Ne pas les communiquer pourrait entraîner l'annulation de votre contrat ou la réduction du montant des remboursements ou leur rejet en totalité. En cas de doute, l'élément doit être déclaré. Cette déclaration d'état de santé est valable trois mois à compter de sa date de signature.

2 Pathologies préexistantes

Maladie dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de votre vie, avant la date de signature de votre demande d'adhésion, qu'un traitement ou conseil médical ait été recherché ou non. Toute pathologie dont vous avez eu connaissance ou dont vous auriez raisonnablement pu connaître l'existence sera considérée comme préexistante.

Les problèmes de santé apparaissant entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'effet de la police seront également considérés comme pathologies préexistantes.

Les pathologies préexistantes sont couvertes par la police d'assurance, sauf indication contraire écrite de notre part, pour les polices individuelles.

Les maladies préexistantes ne seront pas couvertes si elles ne sont pas déclarées. Pour cette raison, veuillez nous communiquer tout changement survenant entre l'envoi du bulletin d'adhésion et notre acceptation. Dans le présent formulaire et à notre demande, vous êtes dans l'obligation de nous fournir toutes les informations dont nous pourrions avoir besoin.

3 Exemples de pathologies préexistantes (liste non exhaustive)

- Hypertension, diabète, cholestérol, drépanocytose, hépatite
- Troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression, migraine, épilepsie...)
- Problèmes liés à la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale, torticolis...)
- Atteintes articulaires et/ou rhumatismales (hanche, genou, épaule, main...)
- Maladies de coeur et/ou troubles de la circulation (angines/douleurs à la poitrine, infarctus, anomalies du rythme cardiaque, anévrisme...)
- Maladies de l'oesophage, de l'estomac, des intestins, du foie, du pancréas (ulcères de l'estomac, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique...)
- Affections gynécologiques (kyste, endométriose, fibrome...)
- Atteintes des organes génitaux urinaires (coliques néphrétiques, lésions testiculaires ou prostatiques, vessie, polype, reins...)
- Atteintes des poumons (asthme...)
- Handicaps, malformations
- Allergies avec prise régulière de médicaments
- Maladies des yeux, oreilles, nez ou de la gorge telles que cataracte, glaucome, perte d'audition, problèmes de sinus, amygdales ou adénoïdes...

Nom :	
Prénoms :	
Date de naissance :	
Sexe :	
E-mail :	
Téléphone :	
Taille (cm) :	
Poids (kg) :	

		Réponse	Si vous aviez répondu « oui » à des questions, merci de bien vouloir compléter cette colonne
1	Avez-vous une infirmité (malformation ou handicap) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Nature :
		Non <input type="checkbox"/>	Depuis quelle date (jj/mm/aaaa) :
2	Avez-vous déjà souffert ou été diagnostiqué pour une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier ?	Oui <input type="checkbox"/>	Nature de la maladie ou de l'affection :
		Non <input type="checkbox"/>	Date/Année d'apparition :
		Depuis quelle date (jj/mm/aaaa) :	
3	Suivez-vous actuellement un traitement (hors contraception) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Motif(s) :
		Non <input type="checkbox"/>	Traitement :
		Depuis quelle date (jj/mm/aaaa) :	
4	Portez-vous ou avez-vous l'intention d'acheter (dans les 12 prochains mois) des lunettes ou lentilles de contact ?	Oui <input type="checkbox"/>	Motif(s) :
		Non <input type="checkbox"/>	
5	Souffrez-vous d'une affection bucco-dentaire nécessitant un traitement (parodontite, carie, gingivite, abcès, traumatisme dentaire...) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Nature de l'affection :
		Non <input type="checkbox"/>	Date/Année d'apparition :
			Traitement :
			Depuis quelle date (jj/mm/aaaa) :

		Réponse	Si vous aviez répondu « oui » à des questions, merci de bien vouloir compléter cette colonne
6	Avez-vous déjà été hospitalisé plus de 4 jours consécutifs sur les 3 dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/>	Motif de l'(des) hospitalisation(s) :
		Non <input type="checkbox"/>	Date(s) :
7	EST-IL PRÉVU DANS LES 12 PROCHAINS MOIS QUE :		
a	Vous fassiez l'objet d'une consultation spécialisée ?	Oui <input type="checkbox"/>	Motif(s) :
		Non <input type="checkbox"/>	
b	Vous passiez des examens médicaux ?	Oui <input type="checkbox"/>	Motif(s) :
		Non <input type="checkbox"/>	Nature des examens :
c	Vous avez une intervention chirurgicale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Motif(s) :
		Non <input type="checkbox"/>	Type d'intervention :
8	Avez-vous des problèmes de santé particuliers autres que ceux ci-dessus à signaler ?	Oui <input type="checkbox"/>	Nature et traitement :
		Non <input type="checkbox"/>	Date des derniers symptômes :
9	Des membres de votre famille ont-ils déjà souffert ou été diagnostiqués pour des maladies particulières (tension, cancer, drépanocytose etc...) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Type de maladie :

S'il n'y a pas suffisamment d'espace pour toutes les informations, veuillez les compléter sur un papier libre.

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions : pour faciliter le traitement de votre dossier, merci de nous transmettre un maximum de détails concernant les maladies ou affections déclarées dans ce questionnaire de santé. Nous vous invitons à joindre tout **DOCUMENT MÉDICAL** en votre possession, qui permettra à notre service médical d'étudier votre dossier plus rapidement : compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, résultats et compte-rendu des examens complémentaires réalisés (biologie, imageries, examens spécialisés, etc.), derniers comptes rendus de consultation, dernières ordonnances, certificat médical récent, etc.

4 Législation sur la protection des données – collecte et utilisation d'informations à caractère personnel

Toute référence aux informations inclut les données et informations à caractère personnel que vous nous avez transmises, que ce soit dans le bulletin d'adhésion, tout formulaire de demande de remboursement, tout formulaire d'entente préalable et/ou tout autre document complémentaire ou information que nous pourrions recueillir en lien avec un produit ou service que nous proposons. Atlantique Assurances Bénin - IARDT et le courtier mandataire de l'APS-Bénin, sont les responsables de la protection de ces données.

Utilisation : Les informations personnelles peuvent être utilisées dans le but de gérer l'assurance (y compris la souscription, le traitement des demandes de remboursement et la prévention des fraudes). Nous pouvons avoir recours à des organismes tiers pour traiter des données en notre nom. Ce traitement, qui peut avoir lieu en dehors du Bénin, est soumis à des restrictions contractuelles en ce qui concerne la confidentialité et la sécurité, en accord avec les exigences en matière de protection des données.

Données sensibles : Nous devons recueillir des données sensibles vous concernant (telles que des informations médicales), afin d'évaluer les termes de l'assurance que nous émettons/fixons et/ou pour gérer les demandes de remboursement.

Communication : Nous pouvons transmettre les informations vous concernant à nos agents, aux membres de la commission médicale SHU de l'assureur, à d'autres assureurs et leurs agents, aux prestataires de service, à tout intermédiaire vous représentant ou aux autorités de contrôle/gouvernementales (dont nous faisons partie ou qui nous gouvernent). Nous pouvons, dans certains cas, faire appel à des enquêteurs privés pour obtenir plus d'informations sur l'une de vos demandes de remboursement.

Conservation : Nous sommes tenus de conserver vos données pendant les six années suivant la fin de la période d'assurance. Nous ne conserverons pas vos données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les finalités pour lesquelles nous les avons obtenues.

Représentation et consentement : Par votre signature, vous confirmez que vous avez l'autorité pour agir au nom de vos ayants droit en ce qui concerne toutes les informations à caractère personnel que vous nous fournissez, et que vous consentez au traitement, à la divulgation, à l'utilisation et à la conservation des informations vous concernant et/ou à propos de vos ayants droit.

Accès : Vous avez le droit de demander à recevoir une copie des données à caractère personnel vous concernant en notre possession. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez écrire au responsable de la protection des données à l'adresse indiquée sur ce formulaire ou à contact@aps-benin.com.

Enregistrement des appels : Les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

1- Pour assurer la confidentialité médicale, vous pouvez transmettre ce questionnaire médical et les éventuelles pièces médicales par courrier ou courriel à l'attention du médecin conseil de l'APS :

1354 Boulevard du Canada, Cadjèhoun - Cotonou

E-mail : medecin@aps-benin.com

2- Je certifie complètes, exactes et sincères les déclarations ci-dessus et m'engage à fournir au médecin conseil de l'assureur tous les renseignements médicaux dont il aura besoin. Conformément à l'article 18 du code CIMA, la fausse déclaration intentionnelle est sanctionnée par la nullité du contrat. Les primes payées demeurent acquises à l'assureur.

En tant qu'assuré principal, je signe et date ce questionnaire médical, précédé de la mention manuscrite « Lu et approuvé », pour le compte et au nom de tous les bénéficiaires inclus dans ce formulaire.

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Mention : _____

Signature :