

Proposition d'assurance d'un capital en cas d'accident TUP

1 Preneur/euse d'assurance

Nom

Prénom

Rue/n°

Complément d'adresse/case postale

NPA/lieu

N° de tél. privé

N° de tél. professionnel

E-mail

Sexe m f

Langue d f i

2 Personne assurée

Nom

Prénom

Autorisation de séjour

Date de naissance

N° de tél. privé

N° de tél. professionnel

E-mail

Sexe m f

N° d'assuré Visana

Nouvelle admission

Modification

Proposition provisoire

Passage individuel/collectif

3 Personne payant la prime

Adresse (n'inscrire que les indications qui diffèrent de celles pour le/la preneur/euse d'assurance)

Nom

Prénom

Rue/n°

Complément d'adresse/case postale

NPA/lieu

N° de tél. privé

N° de tél. professionnel

E-mail

Sexe m f

Modalités de paiement

Facturation à rythme

mensuel

bimestriel

trimestriel

semestriel (escompte 1%)

annuel (escompte 2%)

Coordonnées de paiement

N° de compte postal

Nom de la banque

N° IBAN

NPA / lieu (succursale)

Mode de paiement souhaité pour les factures de primes et de participations aux coûts

LSV+ (recouvrement direct par la banque)*

Débit Direct (compte postal)*

Facture/bulletin de versement

eBill

*Veuillez remplir le formulaire LSV+ / Débit Direct

* Veuillez nous faire parvenir le formulaire relatif au système de recouvrement direct (LSV+) / Débit Direct dûment rempli, dans les meilleurs délais. Nous attirons votre attention sur le fait que le début du débit LSV+ peut être reporté en raison du dépôt de l'autorisation de prélèvement LSV+ auprès de la banque et peut éventuellement entrer en vigueur plus tard que souhaité. En attendant la validation de l'autorisation de débit LSV+, nous vous faisons parvenir des bulletins de versement avec numéro de référence, pour le paiement des primes et des participations aux coûts.

Personne assurée

Nom

Prénom

Date de naissance

Activité professionnelle exercée actuellement

Activité indépendante

Employé/e

4 Proposition d'assurance pour les assurances complémentaires LCA

Capital en cas de décès par suite d'accident (T)

pouvant être conclu sans examen des risques

Capital en cas d'invalidité par suite d'accident (U)

Assurance complémentaire privée pour frais de guérison en cas d'accident (P)

avec examen des risques sur la base de la «déclaration de santé» ci-après

Prière de cocher ce qui convient.

Valable dès le

La durée et l'expiration de l'assurance sont réglementées selon les chiffres 4 et 5 des Conditions générales d'assurance.

Variantes et primes Prière de cocher / compléter la variante désirée

Âge lors de la conclusion du contrat

Enfants de 0 à 18 ans

Âge lors de la conclusion du contrat

Adultes de 19 à 65 ans révolus

Enfants de 0 à 18 ans			Adultes de 19 à 65 ans révolus		
Variante	Sommes d'assurance	Prime mensuelle	Variante	Sommes d'assurance	Prime mensuelle
Décès* (T)	Invalidité** (U)		Décès* (T)	Invalidité** (U)	
CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Prime par CHF 10 000			Prime par CHF 10 000		
	CHF 0.20		CHF 0.40	CHF 0.50	
10 000	30 000	0.60	10 000	30 000	1.90
10 000	50 000	1.00	10 000	50 000	2.90
10 000	100 000	2.00	10 000	100 000	5.80
10 000	150 000	3.00	10 000	150 000	9.50
10 000	200 000	4.00	10 000	200 000	12.00
10 000	250 000	5.00	10 000	250 000	14.00
10 000	300 000	6.00	10 000	300 000	27.00
10 000			10 000		

* La somme en cas de décès est incluse **gratuitement** dans chaque assurance-invalidité pour enfants; elle s'élève toujours à CHF 2500.-, respectivement à CHF 10 000.- à partir de 2 ans et demi.

** L'invalidité est assurée avec une échelle de progression jusqu'à **350%**.

Exemple: si le degré d'invalidité est de 100%, CHF 350 000.- sont remboursés pour une somme d'assurance de CHF 100 000.-.

Assurance complémentaire privée en cas d'accident (P) CHF

Enfants de 0 à 18 ans

1.00

Adultes de 19 à 65 ans révolus

CHF

5.00

La personne soussignée confirme avoir répondu entièrement et de façon conforme à la vérité aux questions de la déclaration de l'état de santé.

Lieu / date

Signature de la personne à assurer ou de son/sa représentant/e légal/e

Personne assurée

Nom

Prénom

Date de naissance

Activité professionnelle exercée actuellement

Activité indépendante

Employé/e

5 Déclaration concernant l'état de santé

Des propositions ont-elles déjà été refusées, retardées ou soumises à des conditions supplémentaires par Visana ou par d'autres assureurs (p. ex. exclusion de couverture, report, supplément de risque ou refus)?

oui

non

Si oui, pourquoi et en raison de quel diagnostic?

Veuillez nous indiquer votre médecin / hôpital traitant (nom et adresse), qui est le mieux placé pour fournir des renseignements concernant vos antécédents médicaux.

1	Corpulence		taille (cm)		poids (kg)		
2 a	Êtes-vous actuellement soumis/e à un traitement, des investigations ou des contrôles médicaux classiques, dentaires, thérapeutiques ou de médecine complémentaire?				oui	non	
b	Des traitements, examens, contrôles, interventions / opérations (également esthétiques ou cosmétiques) ou cures de nature médicale, dentaire, thérapeutique ou de médecine complémentaire / sont-ils/elles prévus/es? Ou avez-vous prévu d'en effectuer ou vous ont-ils/elles été recommandés/es, mais n'ont pas encore été effectués/es?				oui	non	
3	Avez-vous été durant les cinq dernières années sous traitement, investigations ou contrôles médicaux classiques, thérapeutiques ou de médecine complémentaire (mentionner tous les traitements, ambulatoires et stationnaires) en raison de troubles physiques ou psychiques, ou pour des motifs esthétiques?				oui	non	
a	Affections des voies / organes respiratoires?	oui	non	b	Épilepsie, affections neurologiques, migraines?	oui	non
c	Organes digestifs?	oui	non	d	Peau ou allergies?	oui	non
e	Muscles, os, articulations ou colonne vertébrale?	oui	non	f	Affections tumorales?	oui	non
g	Organes sensoriels (yeux, oreilles, nez)?	oui	non	h	Maladies du sang ou infectieuses?	oui	non
i	Maladies ou affections autres que celles citées?				oui	non	
j	Métabolisme ou glandes, p. ex. pancréas, diabète, thyroïde, taux de cholestérol élevé?				oui	non	
4	Êtes-vous actuellement en incapacité de travail?				oui	non	
5	Avez-vous été en incapacité de travail ou de gain au cours des dix dernières années?				oui	non	
	Si oui, pourquoi?		De (année)		à (année)		
6	Souffrez-vous des suites d'un accident ou d'une maladie professionnelle?				oui	non	
7	Souffrez-vous d'une infirmité congénitale, ou percevez-vous ou avez-vous perçu des prestations de l'assurance-invalidité fédérale, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire? (Veuillez joindre la décision)				oui	non	
8	Souffrez-vous d'une restriction de votre capacité de gain et/ou touchez-vous déjà des prestations d'autres assurances de perte de gain ou de prévoyance? (Veuillez joindre la décision)				oui	non	

Si vous avez répondu par «oui» à une ou plusieurs questions veuillez donner ici des indications plus détaillées

Maladie / accidents / infirmités / maux / traitement (pour n°)	Quand / sur quelle durée / conclusion (JJ.MM.AA)	Médecin traitant / hôpital / thérapeute, nom et adresse, degré de l'incapacité de travail	Guérison sans séquelles	
			oui	non
			oui	non
			oui	non
			oui	non
9	Vous êtes-vous soumis/e à un test VIH ou concernant l'hépatite (hépatite B, C)?		oui	non
	Si oui: résultat du test VIH	positif négatif		
	résultat du test hépatite	positif négatif		
10	Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des cinq dernières années? (à l'exception de la pilule contraceptive)		oui	non
	Si oui, lesquels?	De (année) à (année)		
	Nombre par jour	pour quelle maladie / quels maux?		

Continuation déclaration de l'état de santé

11	Prenez-vous ou avez-vous pris des drogues?			oui	non
	Si oui, lesquelles?	De (année)	à (année) Fréquence		
12	Buvez-vous ou avez-vous bu régulièrement de l'alcool? (plus de 0,5 l de vin ou d'1 l de bière ou d'1 dl de spiritueux par jour)			oui	non
	Si oui, quel alcool?	dl nombre par jour	De (année) à (année)		

La personne soussignée confirme avoir répondu entièrement et de façon conforme à la vérité aux questions de la déclaration de l'état de santé.

Lieu / date

Signature de la personne à assurer ou de son/sa représentant/e légal/e

Personne assurée

Nom

Prénom

Date de naissance

Activité professionnelle exercée actuellement

Activité indépendante

Employé/e

6 Conditions du contrat d'assurance

Par ma signature (cocher ce qui convient)

je demande la conclusion des assurances complémentaires selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance) susmentionnées;

- je prends connaissance du fait qu'il ne s'agit pas d'une demande d'offre, mais d'une proposition contraignante, (pour autant que «Proposition provisoire» n'a pas été coché) en vue de conclure un contrat d'assurance selon la LCA;
- je confirme que les indications figurant dans ce contrat d'assurance ainsi que les réponses aux questions relatives à la santé, même si les réponses ont été notées par le conseiller/la conseillère ou par des tiers, sont complètes, correctes et conformes à la vérité, et correspondent précisément à mes indications;
- j'autorise Visana Assurances SA à demander et fournir à l'ensemble du personnel médical et/ou à d'autres assureurs sociaux et privés, à des autorités ainsi qu'à des sociétés actives dans le domaine de l'assurance au sein du groupe Visana (Visana Assurances SA, Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Galenos SA) les renseignements nécessaires pour l'examen de la proposition et je libère expressément les services de renseignement susmentionnés du secret professionnel et de l'obligation de garder le secret vis-à-vis de Visana Assurances SA;
- je confirme avoir reçu les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA), les Conditions complémentaires (CC) et /ou les Conditions supplémentaires (CS) relatives aux assurances demandées et les accepter;
- j'accepte que les données concernant les assurances complémentaires conclues selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) puissent être lues sous forme électronique, au moyen de la carte d'assuré.

J'accepte

que les propositions d'assurance de membres de la famille ayant été admis sans exclusion soient traitées avant que tous les membres ne soient admis sans exclusion.

Je consens à une administration commune dans le contrat familial.

L'administration commune dans le contrat familial signifie que toute la correspondance et tous les documents (par exemple la correspondance relative à la décision d'admission, au contrat d'assurance ou aux remboursements de prestations ainsi que les polices d'assurance, les cartes d'assuré, les décomptes de prestations ou les factures relatives aux primes et aux participations aux coûts) sont gérés dans une police familiale. La personne définie comme membre principal de la famille reçoit donc toute la correspondance et tous les documents, y compris les données personnelles sensibles relatives à la santé et les informations et déclarations juridiquement contraignantes, et est responsable du paiement des primes et des participations aux coûts. Visana décline toute responsabilité pour les conséquences d'une communication de données par le membre principal de la famille et ne répond pas non plus des conséquences d'un éventuel retard de transmission d'informations par cette personne à la personne assurée.

Je déclare accepter que Visana SA/sana24 SA/vivacare SA/Galenos SA/Visana Assurances SA envoie et transmette toute la correspondance à la personne définie comme membre principal de la famille. Cette dernière a ainsi accès à toutes les données, y compris les données sensibles concernant ma santé. Ce consentement est valable jusqu'à sa révocation, qui peut être effectuée à tout moment par écrit.

Je certifie également

- avoir reçu du/de la conseiller/ère les informations requises selon l'art. 45 LSA;
- avoir reçu une copie du procès-verbal de conseil de la part de du conseiller/de la conseillère;
- avoir reçu la notice «Information client LCA» et, si la proposition comprend l'assurance Protection juridique Visana, la notice «Information client sur la protection juridique LCA»

J'autorise

- Visana Assurances SA à transmettre à mon conseiller/ma conseillère des indications relatives à d'éventuels refus / exclusions, sans mentionner de données relatives à la santé.

Lieu / date

Signature

Existe-t-il d'autres contrats selon la LCA en cours pour la durée des produits figurant dans la proposition?

Une copie de la police de l'assurance précédente doit être fournie avec la proposition.

Je suis d'accord avec une éventuelle assurance multiple. J'ai conscience du fait que je paye ainsi les primes à l'assureur actuel ainsi qu'à Visana jusqu'à la fin de la durée contractuelle.

J'accepte expressément un report du début de l'assurance complémentaire qui serait éventuellement nécessaire.

J'ai conscience du fait que Visana se réserve le droit de demander une nouvelle déclaration de santé et que les assurances complémentaires demandées peuvent dans ce cas être accordées uniquement de manière restreinte voire refusées.

Nom / Prénom du/de la conseiller/conseillère

Timbre et signature du/de la conseiller/ère

N°

Lieu / date

Signature de la personne à assurer
ou de son/sa représentant/e légal/e