



## CONTRACTANT / PRENEUR D'ASSURANCE (personne qui invite)

Mr.  Mme.  Mlle.

Adresse de correspondance : .....

Nom : .....

.....

Prénom : .....

.....Code postal : .....

Date de naissance : Jour : ..... Mois : ..... Année : .....

Ville : ..... Pays : .....

Tél : ..... Portable : .....

E-mail : .....

## PERSONNES A ASSURER (invités)

Complétez le tableau ci-dessous :

Membre (s)	Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	Nationalité	Prime (CHF)
Assuré 1						
Assuré 2						
Assuré 3						
Assuré 4						
Total (CHF) :						

Date d'effet du contrat : ..... / ..... / ..... (Jour / Mois / Année)

Durée du contrat (en jours) :  3  8  10  15  22  31  45  62  92

Pays de départ du voyage : ..... Pays de résidence : .....

## DECLARATION

Par la présente, je demande l'adhésion au Plan Golden Care TravelCover Schengen, souscrit auprès de EUROP ASSISTANCE (Suisse) Assurances SA, des personnes mentionnées sur ce présent bulletin. Je déclare au nom des personnes à assurer :

- Avoir pris connaissance que ces informations sont confidentielles et seront utilisées par Golden Care Services pour l'acceptation du dossier de souscription ;
- Certifier que les réponses sont exactes et, à ma connaissance, complètes, entières, vraies et qu'il n'existe aucune circonstance pouvant affecter les résultats de l'évaluation de la souscription par Golden Care Services ;
- Savoir que toute déclaration fautive ou incomplète sera considérée rétroactivement comme un renoncement aux prestations et entraînera l'annulation immédiate du contrat concerné ;
- Savoir que le contrat sera effectif à la date précisée sur le certificat d'assurance émis par Golden Care Services après acceptation du dossier et encaissement de la prime correspondante ;
- Autoriser Golden Care Services à obtenir auprès des médecins, assureurs et autres prestataires de services, et à transmettre à ceux-ci, les informations, y compris les données personnelles, nécessaires à l'évaluation du risque et à la gestion du contrat y découlant ;
- Avoir lu et approuvé les Conditions Générales du contrat réf. GCCHTSC006F "Golden Care TravelCover Schengen", ainsi que les avoir transmises aux personnes assurées conformément à la Loi fédérale sur les Contrats d'Assurance (LCA), si j'agis pour le compte de celles-ci ;
- Savoir que toutes les maladies préexistantes à la date de souscription et/ou à la date de départ sont exclues par le présent contrat et que la couverture ne s'applique pas dans le pays de résidence habituelle des personnes assurées. Celles-ci déclarent actuellement être en bonne santé et ne suivre aucun traitement ;
- Savoir que tous les traitements reçus alors que le voyage a été effectué dans le but intentionnel de se faire soigner sont exclus ;
- Savoir que tous les frais engagés sans accord préalable ou toute intervention non organisée par l'Assisteur ne pourront donner lieu à un remboursement ou à une prise en charge.

Signature du contractant au nom de  
l'ensemble des personnes à assurer : .....

Lieu:.....

Date:.....

Crédit Suisse

Crédit Suisse

N° Proposition :

8070 Zurich

8070 Zurich

Nom:

CH40 0483 5034 0428 5101 8

CH40 0483 5034 0428 5101 8

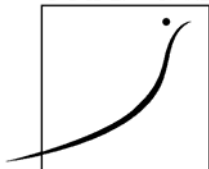
Date de naissance : .... / .... / ....

Golden Care SA  
Bvd Helvétique 31  
1207 Genève

Golden Care SA  
Bvd Helvétique 31  
1207 Genève

12- 35-2

12-35-2



Couverture d'assurance-voyage pour les frais médicaux d'urgence (CHF 50'000) et le rapatriement (frais réels). L'accord préalable de l'Assisteur est impératif avant d'engager des frais médicaux. Seul l'Assisteur du contrat est habilité à organiser une intervention d'assistance.

## TARIFS (CHF)

### Prime individuelle

Tranche d'âge	Durée du séjour								
	3 jours	8 jours	10 jours	15 jours	22 jours	31 jours	45 jours	62 jours	92 jours
0 - 60 ans	44	65	78	115	154	212	315	399	520
61 - 80 ans	80	116	143	165	245	275	425	475	620

### Prime famille (\*2 adultes jusqu'à 60 ans et 2 enfants jusqu'à 17 ans)

Famille	Durée du séjour								
	3 jours	8 jours	10 jours	15 jours	22 jours	31 jours	45 jours	62 jours	92 jours
4 personnes*	130	182	220	322	432	590	882	1117	1456

Tarifs valables du 01/07/2010 au 30/06/2011

## COMMENT SOUSCRIRE ?

- 1) Compléter, dater et signer la proposition
- 2) Régler la prime à l'aide du BVR (au dos)
- 3) Envoyer la proposition accompagnée d'une copie de votre récépissé à :

Golden Care S.A  
31 Boulevard Helvétique  
1207 Genève, Suisse

[goldencare@goldencare.ch](mailto:goldencare@goldencare.ch)

Tél : +41 22 786 12 00 - Fax : +41 22 786 12 20

**Vous pouvez souscrire directement sur notre site Internet à l'adresse suivante :**

[www.goldencare.ch](http://www.goldencare.ch)