

A**CONTRACTANT**

Nom et code du Conseiller Golden Care

En tant que contractant, vous êtes auprès de Golden Care le représentant légal des personnes à assurer figurant sur ce bulletin. Le Contractant peut choisir d'assurer les personnes ci-dessous sans être lui-même assuré.

■ **1 • Vous, contractant**

a- M. Mme Mlle Autre b- Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
 c- Nom :
 d- Prénom :
 e- Sexe : ...: Ya]b]b... A UgW]b.....
 f- Date de naissance: Jour ___ Mois ___ Année _____ g- Pays de naissance :
 h- Nationalité : i- Profession :
 j- Adresse de résidence habituelle :
 CP/Ville : Pays :
 (Si l'adresse de résidence habituelle est différente pour une des personnes à assurer sur ce bulletin, prière de communiquer celle-ci sur feuille séparée).

■ **2 • Votre adresse de correspondance :**

CP/Ville : Pays :

■ **3 • Vos coordonnées de contact** (N'oubliez pas l'indicatif du pays et de la ville)

Pers.: Prof.: Fax:

Email:

■ **4 • Langue de correspondance:** Français Anglais Allemand

B**COUVERTURE**

■ **1 • Choisissez votre Plan et Franchise :**

EveriCover, avec franchise suivante en CHF: 75 400 800 1 500 4 000 8 000 15 000

Hospicover, avec franchise suivante en CHF: 75 400 800 1 500

AcciCover : sans franchise

■ **2 • Voulez-vous prendre l'option EveriCover Plus** (si vous avez choisi le Plan EveriCover, franchise de CHF 75 ou CHF 400)? Oui Non

■ **3 • Précisez la date d'effet souhaitée** (au plus tôt, le lendemain à minuit du jour de réception de votre demande)
 Jour _01_ Mois ___ Année _____ ou Jour _15_ Mois ___ Année _____

■ **4 • Avez-vous actuellement une assurance santé ?** Si oui, précisez :

C**PERSONNES A ASSURER**

■ **1 • Complétez le tableau ci-dessous en tenant compte des précisions suivantes :**

- Zone 1 : Monde entier, limité à 30 jours par an aux Etats-Unis, Canada et Zone Caraïbes,
- Zone 2 : Monde entier,
- Si vous souhaitez assurer plus de 4 enfants, merci de bien vouloir fournir les renseignements sur feuille séparée,
- Vos enfants entre 21 et 24 ans suivant des études à temps plein bénéficient du tarif 0-20 ans. Joindre dans ce cas, un certificat de scolarité.
- Tout enfant de 0 à 20 ans souscrivant seul, est soumis à la cotisation de la tranche d'âge 21-24 ans. Si plusieurs enfants souscrivent seuls sur un même contrat, le plus âgé paiera la cotisation adulte.

Nom	Prénom	Sexe M/F	Nationalité	Date de naissance	Zone de Protection	Cotisation CHF
Contractant : Souhaitez-vous être assuré(e) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non. Si oui, sélectionnez votre zone de protection: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						
Conjoint		A #.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Enfant 1		A #.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Enfant 2		A #.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Enfant 3		A #.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Enfant 4		A #.			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

Montant de l'option EveriCover Plus :

Montant total de la cotisation annuelle en CHF

D**COTISATION**

- TRIMESTRIELLE, et ma prime annuelle représente 4 fois ce montant, soit CHF.....
 SEMESTRIELLE, et ma prime annuelle représente 2 fois ce montant, soit CHF.....
 ANNUELLE

(Veuillez vous conformer à la fiche d'instruction de paiement jointe en annexe.)



QUESTIONNAIRE DE SANTE

Ce présent questionnaire de santé n'est pas exigé en cas de souscription au Plan AcciCover.

Si vous voulez assurer plus de 4 enfants, merci de bien vouloir fournir ces mêmes renseignements sur une feuille séparée.

En cas de « oui » à l'une ou l'autre de ces questions, Golden Care Service vous demande de noter les précisions correspondantes sur la déclaration médicale confidentielle ci-jointe, celle-ci étant alors indispensable pour l'acceptation de votre dossier de souscription.

INFORMATIONS GENERALES	CONTRACTANT	CONJOINT	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
1 Nom						
2 Prénom						
3 Poids (kg)						
4 Taille (cm)						
5 Tension artérielle						
6 Quelle est votre consommation par jour de : a" tabac ? b" alcool ?						
7 Votre poids a-t-il varié dans les 12 derniers mois ? Si oui, de combien ?						
8 Dans le cadre d'une assurance médicale ou dentaire, avez-vous déjà fait l'objet d'un refus, d'un report, d'une tarification ou acceptation à des conditions spéciales ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
PASSE MEDICAL						
9 Avez-vous consulté un médecin au cours des 3 dernières années pour un motif autre qu'un check-up	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
10 Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? a" en médecine interne b" en chirurgie c" en neuropsychiatrie	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
11 Avez-vous eu connaissance d'anomalies lors d'examens biologiques au cours des 2 dernières années ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
12 Pour les femmes : avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	Oui Non	Oui Non				
SITUATION ACTUELLE						
13 Etes-vous actuellement sous traitement ou sous contrôle médical ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
14 Etes-vous atteint(e) d'une malformation de naissance ou d'une maladie chronique ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
EVOLUTION						
15 Devez-vous subir une opération ou des examens complémentaires dans les prochains mois ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
16 L'état de votre denture nécessite-t-il des soins ou des prothèses ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
MEDECIN DE FAMILLE						
17 Nom, Email et n° de tel du (ou des) médecin(s) de famille						

Déclaration :

Par la présente, je demande l'adhésion au Plan Golden Care, souscrit auprès de GENERALI Assurances Générales SA, des personnes mentionnées sur ce présent bulletin. Je déclare au nom des personnes à assurer :

- Avoir pris note que ces réponses sont confidentielles et seront utilisées par Golden Care Service 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 Service,
- 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 Plan sera effectif à la date précisée sur le Certificat d'assurance émis par Golden Care Service et que toutes ces réponses font partie, avec la Déclaration Médicale, le Certificat d'Assurance et les Conditions Générales du Plan n° GCCH004F, du contrat entre chaque personne assurée et l'Assureur,
- Avoir noté que Golden Care Service peut demander un examen médical complémentaire à mes frais avant d'accepter ma demande,
- Autoriser tout médecin ayant examiné à des fins de diagnostic ou de traitement une personne à assurer, à donner à Golden Care Service tous les détails de ces examens, y compris un historique général,
- Savoir que le refus pour tout assuré, médecin ou établissement de fournir ces informations médicales, sera considéré comme un renoncement aux prestations et l'assureur n'aura plus aucune obligation envers ces personnes,
- Avoir lu les principales exclusions du Plan, notamment celles relatives aux états préexistants.
- Comprendre que tout changement intervenant entre aujourd'hui et la date d'effet du contrat doit être notifié par écrit à Golden Care Service avant la date d'entrée en vigueur et que tout manquement peut aboutir au rejet d'une demande de remboursement ou à la résiliation du contrat.

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

Date : Jour ____ Mois ____ Année ____