



Votre partenaire  
santé partout  
dans le monde

# StudentCover / Zone Suisse

VOTRE PARTENAIRE SANTE PARTOUT DANS LE MONDE

**PROPOSITION N°**

**Courtier :** .....

**Nom de l'école :** .....

## PERSONNE A ASSURER

Mr.  Mme.  Mlle.

Nom : .....

Prénom : .....

Célibataire  Marié  Divorcé  Veuf

Date de naissance : ..... / ..... / ..... (Jour / Mois / Année)

Nationalité : .....

Pays d'origine : .....

Email : .....

Adresse de correspondance en Suisse : chez .....

NP : ..... Ville : ..... Canton : .....

Tél. : ..... Fax : .....

## PRIME / DUREE

Date d'effet du contrat : 01 / ..... / .....

Cotisation contrat 12 mois:  Annuelle

Semestrielle

Durée du contrat :  12 mois

Trimestrielle

Mensuelle

Option :  A (chambre commune)

B (chambre privée)

Prime totale en CHF : .....

## RELATION BANCAIRE

Nom de la banque : ..... Ville : ..... N° de compte bancaire : .....

Nom du titulaire du compte : ..... Code de la banque / Clearing : .....

Adresse du titulaire : ..... Ville : ..... Compte de chèque postal CCP : .....

## QUESTIONNAIRE MEDICAL – VOIR AU VERSO ⇒

## DECLARATION

Par la présente, je demande l'adhésion de la personne à assurer au Plan Golden Care StudentCover, souscrit auprès de GENERALI Assurances Générales SA et je déclare :

- 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 réticence ou omission de déclarer une circonstance limitant la validité de la couverture donne à l'assureur la possibilité de se départir du contrat à partir du moment où il en a connaissance,
- savoir que le contrat sera effectif à la date précisée sur les Conditions Particulières émises après acceptation du dossier et encaissement de la prime,
- savoir que l'assuré(e) libère du secret professionnel tous les médecins et le personnel paramédical qui l'ont ausculté(e) tant avant qu'après le sinistre,
- avoir lu et approuvé les Conditions Générales du contrat REF GCCHST 004F "Student Cover", ainsi que les avoir transmises à l'assuré(e) conformément à la Loi fédérale sur les Contrats d'Assurance (LCA) si j'agis pour le compte de celui-ci.

Signature : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Proposition N°

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

Proposition N°

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

---

1. Poids (kg) : \_\_\_\_\_ 2. Taille (cm) : \_\_\_\_\_
3. Tension artérielle :  normal Si non, quelle est votre tension :
- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Votre poids a-t-il varié de plus de 5kg dans les 12 derniers mois ?<br>Si oui, de combien et pourquoi ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous consulté un médecin au cours des 3 dernières années pour un motif autre qu'un check-up ou une affection bénigne?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) / séjourné :   |                          |                          |
| a- en médecine interne ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b- en chirurgie ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c- en neuropsychiatrie ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d- dans un établissement de désintoxication, de désaccoutumance ou de cure ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Une anomalie lors d'examens biologiques a-t-elle déjà été constatée ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Une affection des organes respiratoires ou cardio-vasculaires a-t-elle été constatée ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous déjà consulté un médecin pour une maladie mentale ou pour un trouble psychologique ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Une affection d'ordre psychique, neurologique ou moteur a-t-elle été constatée ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Etes-vous actuellement sous traitement médical pour une maladie mentale ou pour un trouble psychologique ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Une affection des organes digestifs, urologiques ou reproductifs a-t-elle été constatée ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Une affection du métabolisme ou du sang a-t-elle été constatée ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Une affection de la peau (eczéma, acné, cancer...), de la vue ou de l'ouïe a-t-elle été constatée ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Y a-t-il des autres troubles, maladies ou affections non mentionnés ci-dessus qui ont été constatés ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Etes-vous actuellement / sous traitement / sous contrôle médical ou consommez-vous des médicaments ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Etes-vous atteint(e) d'une malformation de naissance / d'une maladie chronique / d'une maladie congénitale ou souffrez-vous des séquelles de maladies ou d'accident ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Devez-vous subir une opération ou des examens complémentaires dans les prochains mois ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Souffrez-vous ou avez-vous souffert ou avez-vous des dispositions aux maladies suivantes :  |                          |                          |
| a- des os, des articulations ou des muscles ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b- du dos ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c- maladies des reins, des organes génitaux, de la vessie ou de la prostate ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d- du système nerveux ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>POUR LES FEMMES :</b>  |                          |                          |
| 20. Avez-vous déjà eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Etes-vous ou pensez-vous être enceinte ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Avez-vous déjà souffert d'une maladie gynécologique / d'un cancer du sein ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Signature : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

