



Votre partenaire
santé partout
dans le monde

TravelCover

VOTRE PARTENAIRE SANTE PARTOUT DANS LE MONDE

PROPOSITION N°

Courtier :

CONTRACTANT

Mr. Mme. Mlle. Adresse de correspondance :

Nom : Code postal :

Prénom : Ville : Pays :

Né(e) le / / (Jour / Mois / Année) Adresse dans le pays de départ :

Nationalité : Code postal :

Tél : Fax : Ville : Pays :

PERSONNES A ASSURER

Complétez le tableau ci-dessous en tenant compte des précisions suivantes

Zone 1 : couverture d'assurance dans l'espace Schengen, incluant Suisse et Liechtenstein

Zone 2 : couverture monde entier, sauf Etats-Unis, Singapour et Japon

Zone 3 : couverture monde entier, sans restriction

Membre	Nom	Prénom	Né(e) le	Zone de protection	Prime (CHF)
Contractant					
Conjoint					
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					
Enfant 4					
Total (CHF) :					

DUREE

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

Durée du contrat (en jours) : 8 10 15 22 31 45 62 92 180

Pays de départ du voyage :

Destination du voyage :

Avez vous actuellement une assurance santé ? Oui Non. Si oui, précisez :

MODE DE PAIEMENT

Selon l'article 7.1.1 des Conditions Générales d'Assurance, votre plan entre en vigueur à la date d'effet indiquée sur vos Conditions Particulières. Cette date est déterminée, après l'acceptation finale de votre dossier de souscription, par Golden Care Service. Elle est au plus tôt fixée à minuit, du jour de l'encaissement total de la prime par Golden Care Service ou ses mandataires autorisés.

J'effectue mon règlement par : Carte de crédit Virement Bulletin de versement

Autorisation de prélèvement

Type de carte : Visa MasterCard American Express

Numéro de la carte : Date d'expiration : / (mois/année)

Numéros inscrits sur le dos de votre carte :

Titulaire de la Carte :

Adresse de facturation :

Signature :

DECLARATION

Par la présente, je demande l'adhésion au Plan Golden Care TravelCover, souscrit auprès de INTER PARTNER ASSISTANCE, membre du GROUPE AXA ASSISTANCE des personnes mentionnées sur ce présent bulletin et je déclare au nom des personnes à assurer :

- 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 toutes les personnes assurées libèrent du secret professionnel tous les médecins et le personnel paramédical qui les ont auscultées tant avant qu'après le sinistre,
- avoir lu et approuvé les Conditions Générales du contrat réf. GCCHTO5 "TravelCover", 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 celui-ci,
- Savoir que toutes les maladies pré-existantes à la date de souscription sont exclues par le présent contrat et que la couverture ne s'applique pas dans le pays de résidence habituelle de personnes assurées. Celles-ci déclarent actuellement être en bonne santé et ne suivre aucun traitement ni de voyager dans le but intentionnel de se faire soigner.

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

Lieu :

Date : / / (Jour / Mois / Année)