



## ○ StudentCover

Nom et code du conseiller Golden Care: .....

### — **A** PERSONNE À ASSURER

Nom de l'école: .....

#### ▶ **1 • Personne à assurer**

**a** -  M.  Mme  Mlle  Autre ..... **b** -  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

**c** - Nom: .....

**d** - Prénom: .....

**e** - Sexe:  Féminin  Masculin **f** - Date de naissance: Jour: ..... Mois: ..... Année: .....

**g** - Pays de naissance: ..... **h** - Nationalité: .....

#### ▶ **2 • Votre adresse de correspondance**

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

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

Tél: ..... Email: .....

#### ▶ **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

### — **B** PRIME / DURÉE

▶ Date d'effet du contrat: 01/ Mois: ..... Année: ..... Durée du contrat: 12 mois

ANNUELLE, soit CHF.....

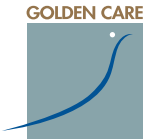
SEMESTRIELLE, soit CHF..... chaque 6 mois

TRIMESTRIELLE, soit CHF..... chaque 3 mois

MENSUELLE, soit CHF..... chaque mois

A (chambre commune)

B (chambre privée)



## C QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

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

Informations générales			
1. Poids (kg)			
2. Taille (cm)			
3. Tension artérielle		Oui	Non
Normale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si non, quelle est votre tension artérielle ?			
4. Votre poids a-t-il varié dans les 12 derniers mois ?		Oui	Non
Si oui, de combien et pour quelles raisons ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passé médical			
5. Avez-vous consulté un médecin au cours des 3 dernières années pour un motif autre qu'un check-up ou une affection bénigne ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà été hospitalisé(e):		Oui	Non
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'examen biologiques a-t-elle déjà été constatée ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Une affection des organes respiratoires ou cardio-vasculaires a-t-elle été constatée ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous déjà consulté un médecin pour une maladie mentale ou pour un trouble psychologique ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Une affection d'ordre psychique, neurologique ou moteur a-t-elle été constatée ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Etes-vous actuellement sous traitement médical pour une maladie mentale ou pour un trouble psychologique ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Une affection des organes digestifs, urologiques ou reproductifs a-t-elle été constatée ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Une affection du métabolisme (troubles liés au diabète, lipides, etc.) ou du sang a-t-elle été constatée ?		Oui	Non
		<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 ?		Oui	Non
		<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 ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Etes-vous actuellement sous traitement / sous contrôle médical ou consommez-vous des médicaments ?		Oui	Non
		<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 ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Devez-vous subir une opération ou des examens complémentaires durant les prochains mois ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Souffrez-vous ou avez-vous souffert ou avez-vous des dispositions aux maladies suivantes :		Oui	Non
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"/>
Pour les femmes			
20. Avez-vous déjà eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Etes-vous ou pensez-vous être enceinte ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous déjà souffert d'une maladie gynécologique / d'un cancer du sein ?		Oui	Non
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Déclaration :** Par la présente, je demande l'adhésion de la personne à assurer au plan Golden Care StudentCover, souscrit auprès de Global Health and Accident Insurance Limited et laquelle est régulée par la Guernsey Financial Services Commission (licence n°2291879). 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 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 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 le certificat d'assurance émis 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 Plan n°GCCHST007FR, 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 et je reconnais que les prestations sont équivalentes à la LAMal mais ne sont pas identiques.

Signature :

Date : Jour ..... Mois ..... Année .....