

Prévoyance TNS

Excell - Exial
Ténor

Vous allez découvrir ci-après la proposition d'assurance qui comprend :

- ▶ les **éléments indispensables** pour établir le ou les contrats
→ Merci de renseigner les numéros de téléphone personnel et professionnel qui sont importants pour faciliter notre contact
- ▶ les **garanties choisies**
- ▶ la **déclaration de santé**
Le proposant à l'assurance doit répondre à toutes les questions.
Merci de nous fournir éventuellement tous documents médicaux utiles pour une analyse rapide du dossier par le médecin-conseil du service médical de la Compagnie.

----- le cas échéant, suivant les garanties choisies : -----

- ▶ les **formalités médicales** à effectuer : les centres A.R.M. (Analyse du Risque Médical) et la Société suisse santé proposent des démarches simplifiées avec **un seul rendez-vous** pour l'ensemble de vos examens médicaux
- ▶ le **rapport du médecin examinateur** à faire compléter et à renvoyer sous pli cacheté au médecin-conseil du service médical de la Compagnie.
- ▶ le **questionnaire financier Ténor**, Modèle 5303, à compléter

Société suisse
santé



Swiss Life



RÉGION		<input type="checkbox"/> EXCELL	RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE
VOTRE INTERLOCUTEUR		<input type="checkbox"/> EXIAL	
CODE		<input type="checkbox"/> TÉNOR	

☐ affaire nouvelle ☐ avenant → contrat n° ☐ remplacement → contrat n°
☐ en remplacement d'un contrat d'un autre assureur (si oui fournir les justificatifs des garanties en cours : dispositions personnelles)

Date d'effet souhaitée :

PERSONNE À ASSURER

N° de personne	N° de client intermédiaire	Informations personnelles :
Identification : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Nom Prénom Compl. d'identité		Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) Enfant(s) à charge <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Profession très précise : <input type="checkbox"/> Exploitant agricole <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Profession libérale Régime social <input type="checkbox"/> S.S. <input type="checkbox"/> T.N.S. <input type="checkbox"/> Agricole Tél. domicile <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tél. professionnel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> e-mail :
Adresse : N° Rue Rés., Bât., Appt. Lieu-dit / Hameau Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Localité Tél. domicile <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tél. professionnel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> e-mail :		
<input type="checkbox"/> Souscripteur (si différent de l'assuré) : Si conjoint collaborateur, préciser son Nom : Prénom : Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Profession précise :		

CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

ACTIVITÉ : Date de création : Nombre de collaborateurs :
☐ Bureau ☐ Activité manuelle ☐ Déplacements fréquents
DERNIER NIVEAU DE REVENU NET DÉCLARÉ (obligatoire) : euros/an
DE FRAIS GÉNÉRAUX : euros/an

Loi Madelin <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	→ Si oui, je déclare sur l'honneur être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux obligatoires de sécurité sociale et avoir été informé(e) que le maintien de l'affiliation au contrat est subordonné au paiement de ces cotisations. J'adresse à l'assureur l'attestation de la sécurité sociale requise par la loi lors de mon adhésion et au renouvellement de celle-ci.	Signature :
---	---	-------------------

☒ Je demande à adhérer à l'AGIS (Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité), association loi 1901 dont le siège est au 66 rue Taitbout - 75009 Paris, moyennant le paiement du droit unique d'entrée (non dû si vous êtes déjà adhérent à l'AGIS) de **7 € (45,92 F)**

Professions libérales <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	→ Si oui, je déclare sur l'honneur, en tant que profession libérale, bénéficier d'indemnités journalières par mon régime professionnel à compter du 91 ^{ème} jour d'arrêt de travail.
---	--

Mode de paiement des cotisations
☐ annuel ☐ semestriel ☐ trimestriel ☐ mensuel uniquement par prélèvement automatique

Prélèvement automatique
☐ oui ☐ non ☐ le 5 ☐ le 10 ☐ le 20 ☐ le dernier jour du mois → si oui, compléter une autorisation de prélèvement et joindre un relevé d'identité bancaire.
 J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

Acompte
☐ je verse un acompte de euros pour une période de garantie de mois à titre de provision.
 ou ☐ je demande le prélèvement automatique de l'acompte (droit d'entrée AGIS réglé par chèque).

POUR UN CONTRAT TÉNOR : BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Capital décès
☐ Le conjoint de l'assuré, à défaut et par parts égales, ses enfants nés ou à naître, à défaut les héritiers
☐ Autres (précisez)

Rente viagère de conjoint : le conjoint ou concubin désigné ci-après
 NOM : PRÉNOM : Date de naissance :

Rente éducation : les enfants désignés ci-après

	NOM	PRÉNOM	Date de naissance
1 ^{er} enfant			
2 ^{ème} enfant			
3 ^{ème} enfant			

Le
 Signature :

GARANTIES CHOISIES

☐ EXCELL «maintien de ressources»

☐ EXCELL «frais généraux»

☐ EXIAL

		MONTANT DES GARANTIES MENSUELLES EN €		FRANCHISES		RACHAT DE FRANCHISE HOSPITALISATION 1 ^{ER} J. ACCIDENT - 3 ^E J. MALADIE	DURÉE DE VERSEMENT	COTISATIONS MENSUELLES EN €
		Revenus	Frais généraux	Accident	Maladie			
Assuré								
Tarif et classe professionnelle								
C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/>								
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>								
Conjoint								
Tarif et classe professionnelle								
C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/>								
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>								
RENTE INVALIDITÉ (uniquement pour EXCELL)								
Assuré	Montant mensuel	€	<input type="checkbox"/> Invalidité Totale et Partielle (IPT)	<input type="checkbox"/> Invalidité Totale (IT)				
Conjoint associé	Montant mensuel	€	<input type="checkbox"/> Invalidité Totale et Partielle (IPT)	<input type="checkbox"/> Invalidité Totale (IT)				

☐ TÉNOR

Tarif et classe professionnelle T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4 ☐

		NOMBRE D'UNITÉS	MONTANT DE LA GARANTIE EN €		COTISATION MENSUELLE EN €
DÉCÈS		A la date d'effet	2 ans après pour les créateurs*	A la date d'effet	2 ans après pour les créateurs*
Capital décès					
option "Maladies graves"	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Rente viagère de conjoint				...../mois	...../mois
Rente éducation				Montant pour un enfant de moins de 12 ans :	
Le montant garanti est fonction de l'âge de l'enfant au moment du versement de la rente :	1 ^{er} enfant			...../mois	...../mois
- de 12 à 17 ans : 1,5 x le montant ci-contre	2 ^{ème} enfant			...../mois	...../mois
- de 18 à 25 ans si études : 2 x le montant ci-contre	3 ^{ème} enfant			...../mois	...../mois
MAINTIEN DE RESSOURCES					
IJ + Rente					
Franchise : <input type="text"/> jours	<input type="text"/> jours	<input type="text"/> jours		IJ :/mois	IJ :/mois
hospitalisation si maladie	accident	maladie		Rente :/mois	Rente :/mois
Option "relais régime professionnel" (IJ durée 90 jours)				spécial professions libérales à associer obligatoirement à la garantie IJ+Rente - franchise 90j	
Franchise : <input type="text"/> jours	<input type="text"/> jour	<input type="text"/> jours		IJ :/mois	IJ :/mois
hospitalisation si maladie	accident	maladie			
Choix de l'indexation des garanties et des cotisations	<input type="checkbox"/> évolution point AGIRC		<input type="checkbox"/> évolution point AGIRC avec minimum 2 %/an		

* Si option spécial créateurs

☐ CONFORT HOSPITALISATION voir Dispositions générales Mod. 5708

Indemnités journalières :€/jour	Garantie chirurgie : option 1 <input type="checkbox"/> option 2 <input type="checkbox"/>	
Nbre d'assurés : <input type="text"/>	Identification :	

MONTANT TOTAL DES COTISATIONS MENSUELLES T.T.C.

.....€
(.....F)

LE SOUSSIGNÉ

- ☐ déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions figurant sur la présente demande et reconnaît savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part pourra entraîner les sanctions prévues aux articles L113.8 et L 113.9 du Code des Assurances,
- ☐ déclare avoir été informé que le contrat n'entrerait en vigueur qu'après sa signature par la Compagnie, sous réserve des acceptations technique et médicale et du versement de la première cotisation. Cependant, pour les garanties Ténor, l'assuré est couvert immédiatement en cas de décès accidentel si la garantie est acquise au titre de la note de couverture conformément aux dispositions générales de cette garantie reprise au dos de la présente demande de souscription,
- ☐ déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information et en avoir pris connaissance,
- ☐ peut demander la communication et la rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage du Groupe Swiss Life (France), de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés conformément à la Loi 78-17 du 6 janvier 1978, au siège de la société.

Fait à le

Signature du souscripteur précédée de la mention "lu et approuvé"

Cachet et signature de l'intermédiaire

Déclaration de santé



Quelles que soient les réponses données dans le questionnaire ci-dessous, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au médecin-conseil du service médical de la société d'assurances. Merci de repreciser votre Nom : Prénom : date de naissance : Mais si vous estimez que les réponses données n'exigent pas de confidentialité particulière, vous pouvez joindre ce questionnaire aux documents destinés à la souscription de votre contrat ; l'ensemble de ces documents sera remis aux services administratifs.

Des propositions d'assurance vous concernant ont-elles été refusées ou acceptées avec surprime ou avez-vous été résilié par d'autres organismes d'assurance ?
Etes-vous titulaire d'autres contrats garantissant des prestations en cas de décès, d'incapacité ou d'invalidité ?
Envisagez-vous des déplacements à l'étranger de plus d'un mois en dehors de l'Union Européenne ?
➔ dans l'affirmative, précisez le nombre de déplacements, la durée de ces derniers et le pays concerné :
.....

Assuré		Conjoint	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

I - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES

I-1/ Merci de préciser : votre poids
votre taille
Avez-vous un poids stable depuis 2 ans ?
I-2/ Dans les 5 dernières années, avez-vous été soigné pour une maladie, autre qu'affection courante (grippe, angine, etc.) ?
I-3/ Etes-vous, devez-vous ou avez-vous été hospitalisé durant les 5 dernières années ?
I-4/ Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou avez-vous été durant les 5 dernières années incapable de travailler plus de 3 semaines consécutives ?
I-5/ Etes-vous atteint d'une invalidité ? si oui : taux : et organisme :
I-6/ Madame, avez-vous présenté au cours des 5 dernières années, une ou plusieurs fausses couches spontanées ou des grossesses compliquées ?

Assuré		Conjoint	
..... kg	..... kg	..... kg	..... kg
..... cm	..... cm	..... cm	..... cm
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

II - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

• Pour EXCELL-EXIAL : pour toute personne de 51 ans et plus à assurer OU toute garantie "maintien des revenus" et/ou "frais généraux" supérieure à 2 300 €/mois OU toute garantie de rente invalidité
• Pour TÉNOR : dans tous les cas
II-1/ Etes-vous ou avez-vous été atteint d'une ou plusieurs affections concernant :
a) l'appareil cardio-vasculaire : hypertension, angine de poitrine, infarctus du myocarde ou autres affections
b) l'appareil respiratoire : asthme, bronchite, tuberculose, allergie, affections ORL ou autres affections
c) l'appareil digestif : ulcère, hépatite, pancréatite, affection du colon ou du rectum ou autres affections
d) l'appareil urologique : néphrite, pyélonéphrite, prostate, calcul ou autres affections
e) l'appareil locomoteur : arthrose, sciatique, rhumatisme, hernie discale, lombalgie ou autres affections
f) la peau : eczéma, dermite ou autres affections
g) le système neurologique : accident vasculaire cérébral, épilepsie, atteinte médullaire ou autres affections
h) les glandes endocrines : diabète, cholestérol, dysfonctionnement thyroïdien ou autres affections
i) le psychisme : dépression, anxiété, surmenage, tentative de suicide, etc...
II-2/ Etes-vous ou avez-vous été atteint de l'une des maladies suivantes : cancer, tumeur, maladies du sang ?
II-3/ Présentez-vous des séquelles ou un handicap des suites d'un accident ? si oui : taux d'I.P.P. :
II-4/ Avez-vous déjà passé des tests de séro-diagnostic (HIV, hépatite C ou B) ?

Assuré		Conjoint	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

III - RENSEIGNEMENTS SPÉCIFIQUES À LA SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT TÉNOR

III-1/ Y a-t-il correction de l'acuité visuelle ? si oui, chiffres après correction : œil droit : œil gauche :
III-2/ Tension artérielle : maxi : mini :
III-3/ Suivez-vous actuellement un traitement ou recevez-vous des soins médicaux ?
III-4/ A ce jour, présentez-vous des troubles de santé non encore diagnostiqués ?
III-5/ Vos ascendants directs ont-ils été atteints de l'une des affections suivantes : infarctus du myocarde, maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale ?
III-6/ Pratiquez-vous un sport ? si oui lequel : en amateur ☐ en professionnel ☐

Assuré	
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Dès que vous répondez OUI à l'une des questions des cadres I , II ou III, ci-dessus, rappelez son numéro et indiquez ci-dessous toutes les informations s'y rapportant (cause, date, nature, conséquences ou résultats quand il s'agit de test) et joignez sous pli confidentiel tous les éléments médicaux utiles.

Formalités médicales	si des formalités médicales sont à accomplir	<input type="checkbox"/> Rendez-vous pris auprès d'un centre ARM	<input type="checkbox"/> Rendez-vous pris auprès d'autres prestataires de santé
----------------------	--	--	---

LE SOUSSIGNÉ

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Les réponses ci-dessus serviront de base à l'acceptation des garanties demandées : toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues entraînerait l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Fait à le
Signature du souscripteur précédée de la mention "lu et approuvé"

Pour vos formalités médicales,
les centres A.R.M. (Analyse du Risque Médical) et la Société suisse santé
facilitent vos démarches :

Un seul numéro de téléphone

PRIX APPEL LOCAL

N° Azur 0 810 72 50 00

- un seul rendez-vous,
- un accueil privilégié et rapide,
- un seul déplacement,
- pas d'honoraires à payer.

Rendez-vous

-> Le -> à heures

-> adresse :

- Pour vous éviter toute perte de temps, munissez-vous, lors de votre rendez-vous :
 - ➔ de ce dossier,
 - ➔ de votre carte d'identité,
 - ➔ de tous les documents médicaux en votre possession (comptes rendus hospitaliers, radiologiques, d'analyses de sang, etc.) pouvant aider l'analyse du médecin du centre A.R.M. lors de votre consultation.

Enfin, n'oubliez pas que vous devez être à jeûn.

LES FORMALITÉS MÉDICALES À EFFECTUER

par un centre A.R.M. ou le médecin traitant choisi par le proposant à l'assurance

Cocher les formalités à accomplir

Conditions de réalisation

- A** ☐ **RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR**
+ EXAMEN DE SANG (avec indication des normes de laboratoire)
- vitesse de sédimentation globulaire
 - numération globulaire ainsi que formule leucocytaire avec détermination du taux de l'hématocrite et dosage de l'hémoglobine
 - dosage de la glycémie, du cholestérol, des triglycérides, de la créatinine, des transaminases SGP et SGO et de l'acide urique
 - test sanguin anti VIH (Eliza)

- CONTRAT EXCELL :**
- pour toute personne âgée de 56 ans et plus
 - pour toute rente d'invalidité d'un montant supérieur à 1 850 €/mois
- CONTRAT TÉNOR* :** selon le nombre d'unités choisies
- capital décès : supérieur ou égal à 8 et inférieur ou égal à 11
 - rente de conjoint/concubin : supérieur à 2 et inférieur à 4
 - rente éducation : supérieur à 4 et inférieur à 7
 - garantie maintien de ressources : supérieur ou égal à 5 et inférieur à 8

- B** ☐ **FORMALITÉS A**
+ EXAMEN CARDIOLOGIQUE
- ECG (12 dérivations) au repos et à l'effort avec compte rendu
 - radiographie du thorax avec compte rendu
 - rapport détaillé du cardiologue
- + ANALYSE DES URINES** par un laboratoire avec
examen cytot bactériologique et numération des germes

- CONTRAT TÉNOR* :** selon le nombre d'unités choisies
- capital décès : supérieur à 11
 - rente de conjoint/concubin : supérieur à ou égal à 4
 - rente éducation : supérieur à 7
 - garantie maintien de ressources : supérieur ou égal à 8

* TÉNOR : si plusieurs garanties décès sont choisies :
- une unité de rente de conjoint = 3 unités de capital décès
- une unité de rente éducation = 1,5 unités de capital décès

NOTE DE COUVERTURE PROVISOIRE : POUR LE CONTRAT TÉNOR

La présente note de couverture ne s'applique qu'aux demandes de souscription des contrats "TÉNOR"

Garantie immédiate.

Dès la réception de la présente proposition et de l'encaissement du règlement de la première fraction de cotisation au siège de la compagnie, nous garantissons le proposant contre le risque de décès consécutif à un accident, selon les conditions décrites aux paragraphes qui suivent.

La présente garantie est limitée à une durée maximum de deux mois. Elle cessera dès la réception du contrat définitif par le contractant.

En cas de refus de l'assurance, après examen par les services techniques et médicaux de la compagnie, la présente garantie cessera dès la notification du refus au proposant.

La somme versée sera alors intégralement remboursée.

Quelle est notre garantie ?

Si le proposant décède pendant la durée de cette garantie provisoire des suites d'un accident, nous versons la ou les garantie(s) en cas de décès, objet(s) de la présente demande de souscription, le montant total du capital décès et/ou des capitaux constitutifs de rente étant plafonné à 60 000 €.

La preuve du décès par accident incombe au bénéficiaire.

Qu'est-ce qu'un accident ?

Nous considérons comme accident :

- toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, les lésions corporelles dues à l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeur, à l'absorption par méprise de substances naturellement toxiques,
- les infections de plaies causées par un accident assuré,
- la noyade non intentionnelle.

Quelles sont les limites de cette garantie provisoire ?

Nous excluons de notre garantie les décès résultant :

- d'une tentative de suicide de l'assuré,
- d'un acte volontaire de l'assuré,
- d'un acte criminel de l'assuré,
- d'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- de lésions corporelles dues à des actes opératoires n'étant pas la conséquence d'un accident assuré, ou pratiqués par l'assuré lui-même ou par une personne non qualifiée,
- de la participation effective de l'assuré à des courses de vitesse par véhicule à moteur et à leurs épreuves préliminaires,
- de l'usage d'un appareil de locomotion aérienne autre que les appareils des sociétés agréées pour le transport de personnes, en qualité de pilote, élève pilote, personnel de bord ou de parachutiste,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- des sauts dans le vide, quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception,
- de la pratique de tout sport à titre professionnel,
- de la conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévu par la réglementation en vigueur,
- de la conduite de tout engin par l'assuré s'il n'en a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur,
- d'accident survenu antérieurement à la date de la signature de la présente proposition d'assurance sur la vie,
- d'accident survenu hors Union Européenne, Suisse, Amérique du Nord, Japon et Australie.

CLAUDE DE RENONCIATION : POUR LE CONTRAT TÉNOR

Vous avez la faculté de renoncer au contrat dans un délai de 30 jours à partir de son premier versement, et ce conformément à l'article L132-5-1 du Code des Assurances.

Pour ce faire, vous devez nous adresser votre demande par lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e)demande à renoncer aux garanties prévues par le contrat n°..... que j'ai signé le et à recevoir le remboursement total des sommes versées.

Date : Signature :"

Dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, nous vous rembourserons l'intégralité des fonds reçus.

INFORMATIONS IMPORTANTES

Merci de nous fournir un :

● relevé d'identité bancaire (R.I.B.)

- Si vous optez pour le prélèvement automatique de vos cotisations (obligatoire en cas de fractionnement mensuel).
- Si vous souhaitez le versement de vos prestations directement sur votre compte.

● Rappel important relatif à la souscription

- En fonction des montants de garanties choisis, vous pourrez être amené à :
 - effectuer un examen médical complet (rapport médical Mod. 5305),
 - effectuer des examens cardiologiques, biologiques, radiologiques,
 - fournir des justificatifs de revenus.

Société suisse
santé

Siège social
41, rue de Châteaudun
75009 Paris

Société anonyme
au capital de € 150.000.000
RCS Paris B.322.215.021

Entreprise
régie par le code
des assurances

Société suisse
santé



Swiss Life



Coassureur pour le contrat Ténor :

Société suisse
d'Assurances générales
sur la vie humaine

Siège spécial pour la France
41, rue de Châteaudun
75304 Paris Cedex 09

Société anonyme
au capital de CHF 587.350.000
RCS Paris B.775.752.959

Entreprise régie par le code
des assurances pour les contrats
souscrits ou exécutés en France

Société suisse
vie



Swiss Life



Siège social à Zurich : Général Guisan, quai 40 - RC. CH.020.5.901.324.6