Mod. 5065 E - 04/2004

SwissLife

SwissLife Prévoyance et Santé
Siège social :
86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08.
SA au capital de € 150.000.000.
Entreprise régie par le code
des assurances
322.215.021 RCS Paris.

www.swisslife.fr

Proposition d'assurance santé

SwissLife

Assurance remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation

Proposition d'assurance

SwissLife

Votre interlocuteur

Code : .....

❒ **Affaire nouvelle** ❒ **En remplacement d'un contrat d'un autre assureur**

❒ **Avenant** au contrat n° : ..... ❒ **Remplacement** du contrat n° : .....

INFORMATIONS CONCERNANT LES ASSURÉS

	Souscripteur ou adhérent	Conjoint	1er enfant	2e enfant	3e enfant
Nom	.....	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....	.....
Date de naissance	.....	.....	.....	.....	.....
Pour les TNS : adhérent RAM ❒ autre organisme ❒			Ayant droit de	Ayant droit de	Ayant droit de
NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE / CLÉ / CODE GRAND RÉGIME / CODE CAISSE / CODE CENTRE DE PAIEMENT					
M			❒	❒	❒
Mme			❒	❒	❒

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR OU L'ADHÉRENT

N° de personne ..... N° de client intermédiaire .....

Identification :

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Nom .....

Prénom ..... Compl. d'identité .....

Adresse :

N° ..... Rue .....

Rés., Bât., Appt. .....

Lieu-dit / Hameau ..... Code postal

Localité .....

Tél. domicile

Tél. professionnel Fax

Informations personnelles :

❒ Célibataire ❒ Marié(e) ❒ Divorcé(e) ❒ Veuf (veuve) ❒ Concubin(e)

Enfant(s) à charge ❒ oui ❒ non

Profession très précise : .....

❒ Exploitant agricole ❒ Artisan ❒ Commerçant ❒ Chef d'entreprise

❒ Profession libérale ❒ Cadre, professeur, profession intellectuelle, scientifique ou artistique

❒ Technicien, agent de maîtrise, instituteur, etc.

❒ Employé ❒ Ouvrier ❒ Retraité ❒ Autre sans profession

Régime social ❒ S.S. ❒ T.N.S. ❒ Agricole

LES GARANTIES CHOISIES

1 € = 6,55957 FRF

		Souscripteur ou adhérent	Conjoint	Enfants	Cotisation mensuelle
Swiss santé	Formule choisie				..... €
Confort hospitalisation*	Indemnités journalières	..... € / jour	..... € / jour	..... € / jour	..... €
**voir Dispositions Générales Mod. 5708*	Garantie chirurgie	option 1 ❒ option 2 ❒	option 1 ❒ option 2 ❒	option 1 ❒ option 2 ❒	..... €
				TOTAL en euros	..... €

Date d'effet souhaitée Échéance anniversaire

LOI MADELIN ❒ OUI ❒ NON **DROIT D'ENTRÉE AGIS : 7 €**

Dans l'affirmative, je demande mon adhésion à l'AGIS, association loi 1901 dont le siège est au 66 rue Taitbout - 75009 PARIS. J'adhère à un des régimes de prévoyance collectifs souscrits par l'AGIS auprès de SwissLife Prévoyance et Santé. 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 :

Mode de paiement des cotisations ❒ annuel ❒ semestriel ❒ trimestriel ❒ mensuel (uniquement par prélèvement automatique)

Prélèvement automatique ❒ oui ❒ non ❒ le 5 ❒ 10 ❒ 20 ❒ le dernier jour du mois Si oui, compléter l'autorisation de prélèvement.

J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

❒ Je verse un acompte de _____ **euros** pour une période de garantie de _____ mois à titre de provision sur le contrat à établir.

ou ❒ Je demande le prélèvement automatique de l'acompte (droit d'entrée AGIS réglé par chèque).

LE SOUSSIGNÉ

- déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions figurant sur la présente demande de souscription qui sert de base au contrat qu'il désire souscrire et reconnaît savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part pourra entraîner les sanctions prévues par les articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances,
- déclare avoir reçu un exemplaire des dispositions générales - 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 en 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 ou de l'adhérent précédée de la mention " Lu et approuvé "

La télétransmission des décomptes venant des caisses primaires d'assurance maladie ne peut concerner que les personnes bénéficiaires de l'assurance.

Si le soussigné refuse le traitement automatique de ses prestations maladie avec les caisses primaires, nous le prions de bien vouloir recopier la mention suivante :

" *Je refuse le traitement automatique de mes prestations venant de ma caisse primaire d'assurance maladie* " et de la signer.

EX. 1 : COMPAGNIE - EX. 2 : SOUSCRIPTEUR

SwissLife Prévoyance et Santé - Siège social : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08. - SA au capital de € 150.000.000. - Entreprise régie par le Code des Assurances - 322.215.021 RCS Paris.

Questionnaire de santé

SwissLife

Swiss santé et Swiss santé Alsace/Moselle :
à compléter uniquement pour les formules P6, P7, L5, L6, L7, L8, les garanties additionnelles, les garanties hospitalisation chirurgie et Confort hospitalisation ou pour les personnes de plus de 65 ans

INFORMATIONS CONCERNANT LES ASSURÉS

	Souscripteur ou adhérent	Conjoint	1er enfant	2e enfant	3e enfant
Nom	.....	.....	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....	.....	.....
Date de naissance	.....	.....	.....	.....	.....

Pour les TNS : adhérent ❒ RAM ❒ autre organisme ❒

	NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE	CLÉ	CODE GRAND RÉGIME	CODE CAISSE	CODE CENTRE DE PAIEMENT	Ayant droit de	Ayant droit de	Ayant droit de
M						❒	❒	❒
Mme						❒	❒	❒

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - à compléter obligatoirement

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. 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.

A) À COMPLÉTER POUR TOUT ASSURÉ	Souscripteur ou adhérent	Conjoint	1er enfant	2e enfant	3e enfant
1. Etes-vous actuellement hospitalisé(e) ?	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non
2. Envisagez-vous un séjour hospitalier et/ou un séjour spécialisé (repos, cure...) avec ou sans intervention chirurgicale dans les 6 mois ? (autre que pour appendicite, amygdales, végétations)	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non
3. Etes-vous pris(e) en charge à 100% par votre régime obligatoire ?	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non
4. Dans les 3 années précédant la souscription, avez-vous été soigné(e) pendant plus de 2 mois consécutifs pour une maladie, un accident, une malformation ?	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non
5. Dans les 2 mois qui viennent de s'écouler, avez-vous consulté plus de 4 fois un généraliste ou un spécialiste ?	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non
6. Merci d'indiquer : · votre poids	.....kg	.....kg	.....kg	..... kg	.....kg
· votre taille	.....cm	.....cm	.....cm	.....cm	.....cm
7. L'une des personnes à assurer est-elle enceinte ?	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non
Uniquement pour les formules P6, P7, L8 :					
8. Des travaux de prothèses dentaires ou d'orthodontie sont-ils en cours ou envisagés pour les 12 mois à venir ?	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non	❒ oui ❒ non

B) À COMPLÉTER s'il a été répondu "oui" à une des questions ci-dessus (sauf pour les garanties Swiss santé et Alsace/Moselle **seniors**).

Veuillez compléter les éléments ci-dessous pour la ou les personnes concernées et joindre tous éléments médicaux utiles (certificats médicaux, bilans, etc.).

N° de la question : ⌊___⌋ Personne concernée :	Nature de l'affection, traitement en cours ou envisagé :

N° de la question : ⌊___⌋ Personne concernée :	Nature de l'affection, traitement en cours ou envisagé :

Je soussigné(e),
déclare avoir répondu avec exactitude aux différentes questions du questionnaire de santé. Je certifie avoir été informé(e) que toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de moi entraînerait l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances. Je déclare ne pas avoir été, au cours des 3 dernières années, refusé(e), accepté(e) à des conditions spéciales ou résilié(e) pour sinistre pour une assurance vie, maladie ou accident.

Fait à ..... le .....
Signature du souscripteur ou de l'adhérent précédée de la mention "Lu et approuvé"

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant conformément à la Loi du 06/01/1978, au siège de la société.

SwissLife Prévoyance et Santé - Siège social : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08. - SA au capital de € 150.000.000. - Entreprise régie par le Code des Assurances - 322.215.021 RCS Paris.