

DEMANDE DE SOUSCRIPTION
D'ASSURANCE DÉPENDANCE

Swiss autonomie



RÉGION	
INTERLOCUTEUR	
CODE	

**Swiss
autonomie**

RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

SOUSCRIPTEUR (mentions obligatoires)

IDENTIFICATION : N° de personne :
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom :
 Prénom : Complément d'identité :
 ADRESSE : Mention spécifique :
 N° : Rue :
 Rés/Bât/Apt : Code Postal : [][][][][]
 Localité :
 Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][][][][]
 INFORMATIONS PERSONNELLES : Date de naissance : / /
☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Concubin
 Enfant(s) à charge : ☐ OUI ☐ NON
 Profession très précise :
☐ Exploitant agricole ☐ Artisan ☐ Commerçant ☐ Chef d'entreprise
☐ Profession libérale ☐ Cadre, Prof. intell., scient. ou artistique
☐ Technicien, Agent de maîtrise, Instituteur, etc...
☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Autre, sans profession
☐ Retraité, profession antérieure :
 Régime social : ☐ S.S. ☐ T.N.S. ☐ Agricole ☐ N.A.

ASSURÉ (si différent du souscripteur) ou CONJOINT

IDENTIFICATION : N° de personne :
☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom :
 Prénom : Complément d'identité :
 ADRESSE : Mention spécifique :
 N° : Rue :
 Rés/Bât/Apt : Code Postal : [][][][][]
 Localité :
 Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][][][][]
 INFORMATIONS PERSONNELLES : Date de naissance : / /
☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Concubin
 Enfant(s) à charge : ☐ OUI ☐ NON
 Profession très précise :
☐ Exploitant agricole ☐ Artisan ☐ Commerçant ☐ Chef d'Entreprise
☐ Profession libérale ☐ Cadre, Prof. intell., scient. ou artistique
☐ Technicien, Agent de Maîtrise, Instituteur, etc...
☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Autre, sans profession
☐ Retraité, profession antérieure :
 Régime social : ☐ S.S. ☐ T.N.S. ☐ Agricole ☐ N.A.

BÉNÉFICIAIRES (uniquement en cas de souscription du capital "1^{ères} dépenses")

En cas de décès : Clause standard ☐ Autre clause ☐
 Le conjoint de l'assuré ; à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré par parts égales ; à défaut ses parents ; à défaut, ses héritiers.

VOS GARANTIES SWISS AUTONOMIE

1 € = 6,55957 FRF	MONTANT DES GARANTIES		
	Monsieur	Madame	
<input checked="" type="checkbox"/> Rente dépendance totale	..... €/mois (..... F)	..... €/mois (..... F)	Total Monsieur + Madame
<input type="checkbox"/> Rente dépendance partielle	..... €/mois (..... F)	..... €/mois (..... F)	
<input type="checkbox"/> Capital "1 ^{ères} dépenses"	..... € (..... F)	..... € (..... F)	
Cotisations annuelles TTC en euros	..... euros	..... euros	..... euros
Cotisations annuelles TTC en francs	..... francs	..... francs	..... francs

DATE D'EFFET SOUHAITÉE [][][][][][][][][] Total du 1^{er} versement [] euros

Mode de paiement des cotisations : ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel ☐ Mensuel (uniquement par prélèvement automatique)
 Prélèvement automatique : ☐ Oui ☐ Non ☐ le 5 ☐ 10 ☐ 20 ☐ le dernier jour du mois

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.

LE SOUSCRIPTEUR

- 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 aux articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances,
- déclare avoir reçu un exemplaire des dispositions générales 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.

Cachet et signature de l'intermédiaire

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

--

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. Dans ce cas, vous précisez 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.

I - Souscription d'une garantie dépendance " TOTALE " d'un montant inférieur ou égal à 1 000 €/mois

Pour la souscription d'une garantie d'un montant supérieur à 1 000 €/mois, faire compléter le rapport du médecin-examineur Mod. 5253

- ① Votre poids :**
Votre taille :
- ② Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de vos frais de santé par votre régime obligatoire ?**
- ③ Présentez-vous un état d'invalidité ou un handicap physique ?**
- ④ Au cours des cinq dernières années :**
 - Avez-vous dû interrompre vos activités plus de 15 jours consécutifs, pour raison de santé ?
 - Avez-vous été hospitalisé plus de 5 jours consécutifs ?
 - Avez-vous suivi un traitement médical prolongé (médicaments, psychothérapie, kinésithérapie, etc.) d'une durée supérieure à 3 semaines ?
- ⑤ Devez-vous subir prochainement des examens, un traitement médical, une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?**
- ⑥ Etes-vous suivi médicalement plus d'une fois par an pour une maladie oculaire ou auditive ?**
- ⑦ Avez-vous besoin d'aide (conjoint, tierce personne, appareillage tel que canne, béquille, déambulateur, fauteuil roulant) pour vous habiller, vous laver, vous déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de votre domicile, vous nourrir ?**

ASSURÉ		CONJOINT	
.....
.....
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"/>

II - Souscription d'une extension de garantie dépendance " PARTIELLE "

Avez-vous besoin de vous faire aider de quelqu'un pour :

- prendre les transports en commun ?
- prendre un bain ?
- téléphoner et gérer vos comptes ?

ASSURÉ		CONJOINT	
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"/>

Je soussigné,

déclare avoir répondu avec exactitude aux différentes questions. Je certifie avoir été informé que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de moi entraîneraient 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, accepté à des conditions spéciales (exclusions, majorations de tarif...) ou résilié pour sinistre pour une assurance vie, maladie ou accident.

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

Fait à :

Le :

SIGNATURE DU CONJOINT

Fait à :

Le :

