

No d'assuré(e) :

- Nouvelle adhésion
 Modification
 Annonce prénatale

Demande d'assurance selon la LCA

| Données personnelles | |
|----------------------|---|
| Nom | Prénom |
| Etat civil | Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin |
| Date de naissance | Tél. prof. |
| Tél. privé | E-mail |
| Profession | Nationalité* |

* pour les étrangers, nous avons besoin d'une copie de leur permis de séjour

| Adresse | |
|---------|----------|
| Rue | No |
| c/o | |
| NPA | Localité |

| Adresse pour la correspondance et les factures | |
|--|----------|
| Nom | Prénom |
| Rue | No |
| c/o | |
| NPA | Localité |

| Paiement des primes | | | | |
|--|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mensuel | <input type="checkbox"/> bimestriel | <input type="checkbox"/> trimestriel | <input type="checkbox"/> semestriel | <input type="checkbox"/> annuel |
| <input type="checkbox"/> LSV* (banque) | <input type="checkbox"/> Débit direct (poste) | * formulaire séparé à remplir | | |

| Adresse de paiement pour les remboursements (une seule adresse par famille peut être indiquée) | |
|--|----------------------|
| No IBAN du compte bancaire ou postal: CH | <input type="text"/> |
| établi au nom, prénom de | <input type="text"/> |
| NPA | Localité |

Assurances complémentaires facultatives :

Catégories d'assurance
(cochez ce qui convient)

Groupe d'âge

Prime par mois

L'assurance est
désirée à partir du

Assurance complémentaire de soins selon la LCA

(jusqu'à max. 60 ans révolus; de 7 à 18 ans révolus, rapport dentaire indispensable)

MAXICA I

CHF

MAXICA II

CHF

MAXICA III

CHF

Assurance complémentaire d'hospitalisation selon la LCA

(jusqu'à max. 60 ans révolus)

HOPITAL I

Division commune

hôpitaux publics uniquement

CHF

hôpitaux publics et privés (HOPITAL I plus)

CHF

HOPITAL II

Division demi-privée

illimité

selon l'âge d'entrée

CHF

illimité

selon l'âge effectif

CHF

limité à CHF 25'000.- (art. 3f)

selon l'âge d'entrée

CHF

illimité avec 10% de frais de participation (art. 3e)

selon l'âge d'entrée

CHF

HOPITAL III

Division privée

illimité

selon l'âge d'entrée

CHF

illimité

selon l'âge effectif

CHF

limité à CHF 50'000.- (art. 3f)

selon l'âge d'entrée

CHF

illimité avec 10% de frais de participation (art. 3e)

selon l'âge d'entrée

CHF

Assurance complémentaire d'hospitalisation selon la LCA

(jusqu'à max. 50 ans révolus)

HOPITAL Flex

illimité

selon l'âge effectif

CHF

CASH Assurance pour perte de gain

(possible jusqu'à l'âge AVS)

selon la LAMAL CHF après jours

CHF

(max. CHF 20.- par jour)

nach VVG CHF après jours

CHF

CASH-IV Assurance pour perte de gain en cas d'invalidité selon la LCA

(jusqu'à 45 ans révolus et seulement possible avec l'assurance CASH)

CHF 30.-/CHF 2'000.-

CHF

CHF 50.-/CHF 2'000.-

CHF

CHF 70.-/CHF 2'000.-

CHF

RISK Assurance de capital en cas de décès et d'invalidité suite à un accident selon la LCA

(possible jusqu'à l'âge AVS)

RISK

décès CHF

invalidité CHF

CHF

Prime mensuelle totale

CHF

Indications sur l'état de santé pour les assurances complémentaires facultatives :

- 1 Au cours des 5 dernières années, une demande d'assurance a-t-elle déjà été refusée, ajournée ou acceptée uniquement à certaines conditions par un assureur-maladie, un assureur-accident ou un assureur-vie? OUI NON
 Si oui, par lequel? _____ Quand? _____ Motif? _____
- 2 Pour les personnes de sexe féminin : êtes-vous enceinte? OUI NON
- 3 Êtes-vous actuellement en traitement? OUI NON
 Si oui, diagnostic: _____ Médecin/Hôpital: _____
 Le traitement est-il terminé? OUI NON
- 4 Un traitement est-il prévu? _____ Quand? _____ OUI NON
 Si oui, diagnostic: _____ Médecin/Hôpital: _____
- 5 Date du dernier traitement, examen ou contrôle: _____
 Diagnostic: _____ Médecin/Hôpital: _____
- 6 Avez-vous déjà subi un traitement cosmétique? OUI NON
- 7 Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement/examen/contrôle ambulatoire ou stationnaire dispensé par un médecin, un dentiste, un naturopathe ou un thérapeute pour une affection physique ou psychique, comme par ex. :
- a) des **voies ou organes respiratoires** comme: asthme, bronchite chronique, tuberculose, tumeur, rhume des foins, ...? OUI NON
- b) du **cœur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire** comme: pression sanguine élevée, infarctus, malformation cardiaque, angine de poitrine, varices, phlébites, ...? OUI NON
- c) du **système nerveux ou psychique** comme: dépression, névrose, troubles de l'alimentation ou du sommeil, épilepsie, paralysies, migraine, attaque cérébrale, ...? OUI NON
- d) de l'**appareil digestif** comme: ulcères intestinaux ou de l'estomac, hémorragies, hémorroïdes, affection hépatique, ...? OUI NON
- e) de l'**appareil urinaire ou sexuel** comme: affection des reins, de la vessie, de la prostate, incontinence, ...? OUI NON
- f) **allergies et affections de la peau** comme: eczéma, psoriasis, cancer de la peau ...? OUI NON
- g) de l'**appareil locomoteur** comme: os, articulations, muscles, tendons, dos, arthrose, rhumatisme, colonne vertébrale, ...? OUI NON
- h) de **troubles du métabolisme, du sang, des glandes ou maladies infectieuses** comme: diabète, cholestérol élevé, goutte, troubles hormonaux, leucémie, ...? OUI NON
- i) des **organes des sens** comme: yeux, oreilles, nez? OUI NON
- j) **Tumeurs**? OUI NON
- k) **autres maladies, troubles ou affections** qui ne sont pas indiqués ci-dessus? OUI NON

Si vous avez répondu «oui» à une ou plusieurs des questions 3, 4, 5, 6 ou 7, veuillez décrire plus précisément :

| Genre de maladie/trouble (diagnostic), d'affection ou résultat/motif du traitement/contrôle | Date du dernier traitement | Nom, adresse du médecin traitant, dentiste, thérapeute, hôpital | guéri sans séquelle |
|---|----------------------------|---|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

- 8 Avez-vous consommé pendant longtemps ou consommez-vous encore régulièrement des médicaments, du tabac, de l'alcool ou des drogues? OUI NON
 Si oui, lesquels: _____ Combien? _____ Depuis quand? _____

Questions complémentaires pour les enfants et adolescents de 6 à 20 ans ainsi que les personnes intéressées à conclure l'assurance complémentaire MAXICA :

- a Quand avez-vous consulté votre dentiste pour la dernière fois? Mois/Année: _____
- b Existe-t-il une malposition des dents? OUI NON
- c Existe-t-il une malposition de la mâchoire? OUI NON
- d Un traitement orthodontique est-il prévu? OUI NON
- e D'autres consultations en relation avec les traitements sont-elles nécessaires? OUI NON
 Lesquelles: _____
 Nom/adresse du médecin/hôpital _____

10 Informations complémentaires lors d'une demande de conclusion de l'assurance perte de gain CASH ou CASH-IV :

a Combien et combien de temps recevez-vous votre salaire en cas de maladie ? % salaire pour mois, ensuite % mois

b Combien et combien de temps recevez-vous votre salaire en cas d'accident ? % salaire pour mois, ensuite % mois

c Êtes-vous ? sans activité employé(e) indépendant(e) au chômage

d Percevez-vous une rente suite à une perte de gain ? OUI De qui? NON

e Existe-t-il une autre assurance perte de gain ? OUI Nom de l'assureur : NON

Prestations par jour ? CHF maladie accident

f Avez-vous été en incapacité de travail ou de gain au cours des 5 dernières années? OUI NON

Diagnostic:

Incapacité de travail de %

Quand: Durée:

Nom/adresse du médecin/hôpital :

- 11** Avez-vous déposé une demande AI (assurance-invalidité)? OUI Depuis quand ? NON
- 12** Souffrez-vous d'une invalidité ou d'une infirmité congénitale ? OUI NON
(Si oui, veuillez joindre une copie de la décision AI)
Genre d'invalidité / d'infirmité
- 13** Avez-vous effectué un test de dépistage du SIDA démontrant un résultat « positif » ? OUI NON
- 14** Avez-vous effectué un test de l'hépatite (hépatite B, C) démontrant un résultat « positif » ? OUI NON
- 15** Taille en cm: Poids en kg:
- 16** Nom et adresse du médecin de famille:
-

Par ma signature, je confirme avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions posées et que les réponses auxquelles je n'ai pas répondu personnellement de ma main sont parfaitement conformes à mes indications.

Le preneur d'assurance déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts, des conditions générales d'assurance (CGA) et des conditions spécifiques des assurances demandées. Il autorise la GALENOS à prendre en tout temps les renseignements nécessaires auprès de médecins, autres personnes ou établissements accordant des prestations ainsi qu'auprès d'autres assureurs et à ces tiers de les fournir. Toute déclaration incomplète ou fausse entraîne le refus de prestations, des réserves, des demandes de restitution ou l'exclusion de la GALENOS. La GALENOS de son côté s'engage à traiter ces informations de manière strictement confidentielle.

Lieu et date :

Signature du preneur d'assurance resp. de son représentant légal :

GALENOS depuis 1908

Militärstrasse 36, case postale, CH-8021 Zürich

Téléphone 044 245 88 88, info@galenos.ch, www.galenos.ch