

Proposition d'assurance

Indemnités journalières d'hospitalisation

1 Preneur/euse d'assurance

Nom
 Prénom
 Rue/n°
 Complément d'adresse/case postale
 NPA/lieu
 N° de tél. privé N° de tél. professionnel
 E-mail
 Sexe m f Langue d f i

2 Personne assurée

Nom
 Prénom
 Nationalité Autorisation de séjour
 Date de naissance
 N° de tél. privé N° de tél. professionnel
 E-mail
 Sexe m f N° d'assuré Visana
 N° AVS Assureur précédent
 Nouvelle admission Réaffiliation Modification Proposition provisoire Passage individuel/collectif

3 Personne payant la prime

Adresse (n'inscrire que les indications qui diffèrent de celles pour le/la preneur/euse d'assurance)

Nom
 Prénom
 Rue/n°
 Complément d'adresse/case postale
 NPA/lieu
 N° de tél. privé N° de tél. professionnel
 E-mail
 Sexe m f

Modalités de paiement

Facturation à rythme

mensuel bimestriel trimestriel semestriel (escompte 1%) annuel (escompte 2%)

Coordonnées de paiement

N° de compte postal
 Nom de la banque
 N° IBAN
 NPA/lieu (succursale)

Mode de paiement souhaité pour les factures de primes et de participations aux coûts

LSV+ (recouvrement direct par la banque)* Débit Direct (compte postal)* Facture/bulletin de versement eBill

*Veuillez remplir le formulaire LSV+ / Débit Direct

*Veuillez nous faire parvenir le formulaire relatif au système de recouvrement direct (LSV+) / Débit Direct dûment rempli, dans les meilleurs délais. Nous attirons votre attention sur le fait que le début du débit LSV+ peut être reporté en raison du dépôt de l'autorisation de prélèvement LSV+ auprès de la banque et peut éventuellement entrer en vigueur plus tard que souhaité. En attendant la validation de l'autorisation de débit LSV+, nous vous faisons parvenir des bulletins de versement avec numéro de référence, pour le paiement des primes et des participations aux coûts.

Personne assurée

Nom
 Prénom
 Date de naissance N° contrat coll.
 Affiliation à une assurance collective oui non Entreprise/association ¹/fédération ¹
(¹ Fournir une preuve de l'adhésion)

4 Proposition d'assurance pour une assurance sous forme de capital Hôpital selon la LCA (l'assureur est Visana Assurances SA)

Début de l'assurance
 Contrat pluriannuel (rabais) 3 ans (2%) 5 ans (3%)
(Reconduction tacite d'une année à l'expiration de la durée du contrat)

Indemnités journalières d'hospitalisation	avec accident		sans accident		CHF
Délai d'attente	1 jour		3 jours		
Durée d'allocation des prestations	30 jours		60 jours	90 jours	
Montant des indemnités journalières	CHF				
À noter:	minimum = CHF 50.–	maximum = CHF 500.–	échelonnable par tranches de CHF 50.–		CHF

Primes sous réserve d'approbation par la FINMA (Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers)

Bases pour l'établissement des primes: primes de l'année 20

Veuillez prendre note que la présente offre se fonde sur les primes

Le montant définitif des primes pour vous sera communiqué avec la police en automne

Total prime mensuelle LCA CHF

Personne assurée

Nom

Prénom

Date de naissance

Activité professionnelle exercée actuellement

Activité indépendante

Employé/e

5 Déclaration concernant l'état de santé

En cas d'inclusion du risque-accidents dans une assurance selon la LCA, ne répondre qu'aux questions 2 à 5, 8, 9, 10, 12 et 13 en lien avec les accidents subis.

Des propositions ont-elles déjà été refusées, retardées ou soumises à des conditions supplémentaires par Visana ou par d'autres assureurs (p. ex. exclusion de couverture, report, supplément de risque ou refus)?

oui

non

Si oui, pourquoi et en raison de quel diagnostic?

Veuillez nous indiquer votre médecin/hôpital traitant (nom et adresse), qui est le mieux placé pour fournir des renseignements concernant vos antécédants médicaux.

1	Corpulence			taille (cm)		poids (kg)		
2 a	Êtes-vous actuellement soumis/e à un traitement, des investigations ou des contrôles médicaux classiques, dentaires, orthodontiques, thérapeutiques ou de médecine complémentaire?						oui	non
b	Des traitements, examens, contrôles, interventions/opérations (également esthétiques ou cosmétiques) ou cures de nature médicale, dentaire, orthodontique, thérapeutique ou de médecine complémentaire/naturelle sont-ils/elles prévus/es? Ou avez-vous prévu d'en effectuer ou vous ont-ils/elles été recommandés/es, mais n'ont pas encore été effectués/es?						oui	non
	prévus/es	Date		Diagnostic				
	recommandés/es	Date		Diagnostic				
	recommandés/es, pas effectués/es	Date		Diagnostic				
3	Avez-vous été durant les cinq dernières années sous traitement, investigations ou contrôles médicaux classiques, thérapeutiques ou complémentaires (mentionner tous les traitements, ambulatoires et stationnaires) en raison de troubles physiques ou psychiques, ou pour des motifs esthétiques?						oui	non
a	Affections des voies / organes respiratoires?	oui	non	b	Affections cardiaques et de l'appareil circulatoire, varices, hypertension, hypotension?	oui	non	
c	Épilepsie, affections neurologiques, migraines?	oui	non	d	Affections psychiques, psychothérapies, anorexie, boulimie?	oui	non	
e	Organes digestifs?	oui	non	f	Voies urinaires ou organes sexuels?	oui	non	
g	Peau ou allergies?	oui	non	h	Muscles, os, articulations ou colonne vertébrale?	oui	non	
i	Affections tumorales?	oui	non	j	Organes sensoriels (yeux, oreilles, nez)?	oui	non	
k	Maladies du sang ou infectieuses?	oui	non	l	Maladies ou affections autres que celles citées?	oui	non	
m	Métabolisme ou glandes, p. ex. pancréas, diabète, thyroïde, taux de cholestérol élevé?						oui	non
n	Grossesse à risque/complications de grossesse?						oui	non
4	Êtes-vous actuellement en incapacité de travail?						oui	non
5	Avez-vous été en incapacité de travail ou de gain au cours des dix dernières années?						oui	non
	Si oui, pourquoi?			De (année)		à (année)		
6	Avez-vous déjà été atteint/e d'une tumeur (cancer)? Si oui, veuillez indiquer à quel moment						oui	non
	Type d'affection ou traitements suivis?							

Personne assurée

Nom

Prénom

Date de naissance

Continuation déclaration de l'état de santé

14	Prenez-vous ou avez-vous pris des drogues? Si oui, lesquelles?	De (année)	à (année)	Fréquence	oui	non	
15	Buvez-vous ou avez-vous bu régulièrement de l'alcool? (plus de 0,5 l de vin ou d'1 l de bière ou d'1 dl de spiritueux par jour) Si oui, quel alcool?	dl	nombre par jour	De (année)	à (année)	oui	non
16	Fumez-vous ou avez-vous fumé ou consommé du snus au cours des dix dernières années? Si oui, quoi?	Nombre par jour / ml par jour (vapes)	De (année)	à (année)	oui	non	
17	Êtes-vous actuellement enceinte? Si oui, terme prévu de la grossesse? Poids avant la grossesse	kg			oui	non	

La personne soussignée confirme avoir répondu entièrement et de façon conforme à la vérité aux questions de la déclaration de l'état de santé.

Lieu / date

Signature de la personne à assurer ou de son/sa représentant/e légal/e

Personne assurée

Nom

Prénom

Date de naissance

6 Conditions du contrat d'assurance

Par ma signature (cocher ce qui convient)

je demande la conclusion des assurances complémentaires selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance) susmentionnées;

- je prends connaissance du fait qu'il ne s'agit pas d'une demande d'offre, mais d'une proposition contraignante, (pour autant que «Proposition provisoire» n'a pas été coché) en vue de conclure un contrat d'assurance selon la LCA;
- je confirme que les indications figurant dans ce contrat d'assurance ainsi que les réponses aux questions relatives à la santé, même si les réponses ont été notées par le conseiller/la conseillère de vente ou par des tiers, sont complètes, correctes et conformes à la vérité, et correspondent précisément à mes indications;
- j'autorise Visana Assurances SA à demander et fournir à l'ensemble du personnel médical et/ou à d'autres assureurs sociaux et privés, à des autorités ainsi qu'à des sociétés actives dans le domaine de l'assurance au sein du groupe Visana (Visana Assurances SA, Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Galenos SA) les renseignements nécessaires pour l'examen de la proposition et je libère expressément les services de renseignement susmentionnés du secret professionnel et de l'obligation de garder le secret vis-à-vis de Visana Assurances SA;
- je confirme avoir reçu les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA), les Conditions complémentaires (CC) et / ou les Conditions supplémentaires (CS) relatives aux assurances demandées et les accepter;
- je prends connaissance du fait qu'un passage automatique de l'assurance collective à l'assurance individuelle a lieu pour le mois suivant la fin du rapport de travail ou de l'affiliation en tant que membre d'une association;
- j'accepte que les données concernant les assurances complémentaires conclues selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) puissent être lues sous forme électronique, au moyen de la carte d'assuré.

J'accepte

- que les propositions d'assurance de membres de la famille ayant été admis sans exclusion soient traitées avant que tous les membres ne soient admis sans exclusion.

Je certifie également

- avoir reçu une copie du procès-verbal de conseil de la part du conseiller/de la conseillère
- avoir reçu du/de la conseiller/ère les informations requises selon l'art. 45 LSA;
- avoir reçu la notice «Information client LCA».

J'autorise

- Visana Assurances SA à transmettre à mon conseiller/ma conseillère des indications relatives à d'éventuels refus / exclusions, sans mentionner de données relatives à la santé.

Lieu / date

Signature

Je consens à une administration commune dans le contrat familial

L'administration commune dans le contrat familial signifie que toute la correspondance et tous les documents (par exemple la correspondance relative à la décision d'admission, au contrat d'assurance ou aux remboursements de prestations ainsi que les polices d'assurance, les cartes d'assuré, les décomptes de prestations ou les factures relatives aux primes et aux participations aux coûts) sont gérés dans une police familiale. La personne définie comme membre principal de la famille reçoit donc toute la correspondance et tous les documents, y compris les données personnelles sensibles relatives à la santé et les informations et déclarations juridiquement contraignantes, et est responsable du paiement des primes et des participations aux coûts. Visana décline toute responsabilité pour les conséquences d'une communication de données par le membre principal de la famille et ne répond pas non plus des conséquences d'un éventuel retard de transmission d'informations par cette personne à la personne assurée.

Je déclare accepter que Visana SA / sana24 SA / vivacare SA / Galenos SA / Visana Assurances SA envoie et transmette toute la correspondance à la personne définie comme membre principal de la famille. Cette dernière a ainsi accès à toutes les données, y compris les données sensibles concernant ma santé. Ce consentement est valable jusqu'à sa révocation, qui peut être effectuée à tout moment par écrit.

Existe-t-il d'autres contrats selon la LCA en cours pour la durée des produits figurant dans la proposition?

Une copie de la police de l'assurance précédente doit être fournie avec la proposition.

Je suis d'accord avec une éventuelle assurance multiple. J'ai conscience du fait que je paye ainsi les primes à l'assureur actuel ainsi qu'à Visana jusqu'à la fin de la durée contractuelle.

J'accepte expressément un report du début de l'assurance complémentaire qui serait éventuellement nécessaire. J'ai conscience du fait que Visana se réserve le droit de demander une nouvelle déclaration de santé et que les assurances complémentaires demandées peuvent dans ce cas être accordées uniquement de manière restreinte voire refusées.

Nom / prénom du/de la conseiller/conseillère

Timbre et signature du/de la conseiller/ère

Lieu / date

Signature de la personne à assurer
ou de son/sa représentant/e légal/e

N°