

Proposition pour l'International Health Plan (IHP)

Le présent formulaire doit être rempli par le proposant ou son représentant légal. Il convient de répondre de manière complète à toutes les questions et de renvoyer par retour le formulaire dûment signé à l'adresse indiquée à la fin du document. Pour toute question, veuillez vous adresser à l'agence IHP +41 58 277 16 87. Merci.

1 Données personnelles

1.1 Personne à assurer

Numéro client	Sexe	Etat civil
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="text"/>
Nom	Prénom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalité	Langue	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/> Anglais	
Activité exercée actuellement		
<input type="text"/>		

Adresse à l'étranger (si déjà connu)

Rue, n°	Adresse complémentaire	NPA/Localité
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays de domicile à l'étranger (Prière de joindre le certificat de départ du service de Contrôle des habitants en Suisse.)		
<input type="text"/>		

N° de téléphone à l'étranger (si déjà connus)

Privé	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>	Professionnel	<input type="text"/>
E-mail					
Privé	<input type="text"/>	Professionnel	<input type="text"/>		

J'accepte la transmission de données sensibles (par ex. problèmes de santé/diagnostics etc.) par courrier électronique.

Oui Non

Concernant le séjour planifié à l'étranger, s'agit-il d'un détachement*?

Oui Non

Si oui: L'IHP ne peut pas être conclu pour des travailleurs détachés au sens du droit de l'assurance sociale.

(* Les travailleuses et travailleurs détachés restent de toute façon soumis au contrat de travail qu'ils ont conclu avec leur employeur suisse. Ils restent également soumis aux assurances sociales.)

1.2 Adresse pour la correspondance (si différente de «1.1 Personne à assurer»)

Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	Adresse complémentaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	Pays
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro client	N° de téléphone
<input type="text"/>	Privé <input type="text"/> Mobile <input type="text"/> Professionnel <input type="text"/>

2 Trafic des paiements

Sans coordonnées bancaires, il nous est impossible de procéder au remboursement.

2.1 Débiteur de primes

Personne assurée

Autre débiteur de primes

Prénom

Nom

Numéro client

Rue, N°/Case postale

Adresse complémentaire

NPA/Localité

Prélèvement par LSV

Inscription au crédit du compte

IBAN

Nom de votre institut financier

Paiement par bulletin de versement (seulement possible avec une adresse de correspondance en Suisse)

Echéance de la prime Semestrielle Annuelle (escompte) Mensuelle (option ne vaut que pour LSV)

Si vous souhaitez payer vos primes par facture électronique, vous pouvez activer ce paramètre vous-même dans votre portail e-banking. En cas de problème, veuillez contacter votre institut financier.

2.2 Destinataire des prestations

Crédit selon compte chiffre 2.1

Participation aux coûts selon chiffre 2.1

Personne assurée

Autre destinataire des prestations

Prénom

Nom

Numéro client

Rue, N°/Case postale

Adresse complémentaire

NPA/Localité

Inscription au crédit du compte

Prélèvement par LSV pour la participation aux coûts

IBAN

Nom de votre institut financier

Participation aux coûts par bulletin de versement (seulement possible avec une adresse de correspondance en Suisse)

Si vous souhaitez payer vos primes par facture électronique, vous pouvez activer ce paramètre vous-même dans votre portail e-banking. En cas de problème, veuillez contacter votre institut financier.

3 Début / Franchise / Prime

Durée du contrat

dès le (durée minimale du contrat 1 an, résiliable chaque fois à la fin d'une année civile)

Variante de franchise ambulatoire CHF 300/stationnaire CHF 1000 ambulatoire CHF 900/stationnaire CHF 3000

Prime en CHF

Prime mensuelle (maladie et accident)



CSS

Assurance

Déclaration de santé générale

Les questions de santé concernent la personne à assurer

Données personnelles

Prénom

Nom

Déclaration de santé

Si vous répondez par «oui» aux questions 1, 2, 3, 7 (Détails ☞), vous devez apporter des indications plus précises sous «Détails relatifs à la déclaration de santé».

*Si votre enfant atteint l'âge indiqué dans l'année au cours de laquelle débute l'assurance, vous devez répondre aux questions correspondantes.

- 1 Avez-vous
- au cours **des 10 dernières années** suivi un traitement stationnaire (hôpital, clinique de sevrage, cure, réadaptation, etc.)?
 - au cours **des 5 dernières années** consulté un médecin (médecin de famille, psychiatre, etc.) ou un thérapeute (médecine alternative, physiothérapie, consultations diététiques, etc.) ou vous a-t-on communiqué un diagnostic?

Non

Oui (Détails ☞)

Par exemple pour cause de maladie ou de troubles des voies respiratoires, des organes respiratoires; du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système cardio-vasculaire; du système nerveux ou du psychisme; des organes digestifs, des organes urinaires ou génitaux; de la peau ou d'allergies; des muscles, des os, des articulations ou de la colonne vertébrale; du métabolisme, du sang ou de maladies infectieuses; des organes sensoriels (yeux, oreilles, nez); de tumeurs ou de cancers; pour cause de problèmes de poids; d'une autre maladie, d'un accident ou d'une malformation.

- 2 Suivez-vous actuellement un traitement ou avez-vous prévu d'en suivre un auprès d'un médecin, d'un dentiste et/ou d'un thérapeute (analyses, opération, traitement de médecine alternative, prévention, examen de contrôle, etc.)?

Non

Oui (Détails ☞)

Un implant ou un corps étranger vous a-t-il été posé (implant mammaire, prothèse, prothèses articulaires, anneau gastrique, stent, etc.)?

Non

Oui (Détails ☞)

- 3 Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des 5 dernières années? Si oui, indiquer le nom des médicaments sous détails relatifs à la déclaration de santé.

Non

Oui (Détails ☞)

- 4 Avez-vous effectué un test de dépistage du VIH et quel en a été le résultat?

Résultat négatif ou pas de test

Résultat positif

- 5 Prenez-vous ou avez-vous pris des drogues (cocaïne, héroïne, stupéfiants, etc.)?

Non

Oui

* 12 ans

Si oui, nom de la/des drogue/s, fréquence et période de temps.

Prénom

Nom

Buvez-vous ou avez-vous bu régulièrement plus de 0,5 l de vin ou 1 l de bière ou 1,5 dl de spiritueux par jour?

Non Oui
* 12 ans

Avez-vous fumé au cours de ces 5 dernières années?

Non Oui
* 12 ans

Si oui, nombre de cigarettes par jour

J'ai totalement arrêté depuis (mois/année):

Si oui, nombre de cigares, pipes, etc. par semaine

J'ai totalement arrêté depuis (mois/année):

Si oui, nombre de joints par semaine

J'ai totalement arrêté depuis (mois/année):

6

Taille:

cm

Poids actuel:

kg

* 6 ans

Femmes: En cas de grossesse poids juste avant la grossesse:

kg

(En cas de maternité, un délai de carence de 9 mois est applicable, calculé à partir du début de l'assurance.)

7

Percevez-vous ou avez-vous perçu au cours des 5 dernières années des indemnités journalières, une rente ou des prestations d'une autre assurance (p. ex.: AI, AA, AM, indemnités journalières en cas de maladie, etc.)? Dans l'affirmative, prière de joindre une copie de la décision (p. ex.: attestation AI).

Non Oui (Détails [C](#))

Non Oui (Détails [C](#))

Avez-vous subi une incapacité de travail totale ou partielle de plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ou êtes-vous actuellement en incapacité de travail?

8

8. Vous a-t-on déjà refusé des propositions d'assurance pour une assurance-vie, accidents ou maladie ou celles-ci ont-elles été acceptées à des conditions plus sévères (p. ex.: exclusion de couverture)?

Non Oui

Si oui, pour quelles raisons et auprès de quel assureur?

9

Nom et adresse du médecin le mieux informé de vos antécédents médicaux:

Détails relatifs à la déclaration de santé

Se rapporte à la question n°	Diagnostic	Partie du corps Localisation: gauche/droite	Motif, cause, précisions, remarques, symptômes	Fréquence (unique, toutes les 3 semaines, en permanence, etc.)	Traitement, douleurs (mois/année) du au		Type de traitement (opération, physiothérapie, imagerie, radiographies, CT, médicaments, etc.)	Traitement dispensé par (nom et adresse)	Guéri(e) sans séquelles?
									<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

Prénom

Nom

Le proposant ou son représentant légal

Lieu

Date

Dispositions importantes LCA

Je confirme que les assurances existantes demeurent inchangées. Je désire conclure un / plusieurs contrat(s) sous la forme proposée avec la CSS Assurance SA (nommée ci-après « assureur »), tout en acceptant avec la signature de la présente proposition qu'un contrat séparé soit conclu avec l'assureur pour chaque assurance complémentaire en cas d'acceptation.

Je me déclare lié(e) au contrat pour quatorze jours (pour quatre semaines en cas d'examens médicaux) et je m'engage, dans le cas de la conclusion d'un contrat, à payer les primes jusqu'à l'échéance de l'assurance.

Je confirme que mes indications figurant sur ce formulaire de proposition – même si les réponses ont été complétées par le / la conseiller(ère) à la clientèle, l'intermédiaire ou une tierce personne – sont correctes et conformes à la vérité. En cas de réponse incomplète ou non conforme à la vérité, l'assureur a le droit de résilier le contrat conformément aux conditions générales d'assurance (CGA) et à la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Je confirme avoir reçu toutes les CGA, les conditions complémentaires (CC) ainsi que les conditions particulières (CP) et en avoir pris connaissance dans leur intégralité.

En outre, je confirme que m'ont été fournies et remises les informations selon l'art. 3 LCA et l'art. 45 de la loi sur la surveillance des assurances (LSA) par le biais d'une fiche d'aperçu.

En cas de modifications d'assurance, les conditions particulières existantes (comme les exclusions de prestations, etc.) continuent d'être valables dans la même mesure également pour le produit modifié. Je m'engage à annoncer immédiatement à l'assureur une sortie du cercle d'assurés d'un contrat-cadre en assurance-maladie complémentaire. J'autorise l'assureur à vérifier l'appartenance au cercle d'assurés d'un contrat-cadre en assurance-maladie complémentaire. Je confirme avoir été informé(e) sur les conditions de l'état, de la modification et de la perte des rabais mentionnés dans la présente proposition et qui me concernent.

J'accepte que mes données à disposition de l'assureur soient utilisées si nécessaire pour l'examen du risque, l'examen d'un éventuel cas de réticence, le traitement des sinistres, le Managed Care ainsi que pour le marketing.

J'autorise en outre l'assureur, pour autant que cela soit nécessaire pour l'évaluation de la protection d'assurance, l'examen d'un éventuel cas de réticence et le règlement des sinistres, à fournir des renseignements aux médecins ainsi qu'aux autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à demander les renseignements requis à ces instances. Dans ces cas, je libère les personnes en question de leur obligation professionnelle de garder le secret par rapport à l'assureur.

Je suis informé(e) que, dans le cadre de la signature du contrat, l'assureur et son intermédiaire traitent mes données personnelles et j'y consens expressément. Je prends acte en outre que mes données peuvent être transmises, pour la gestion du contrat, à des entités juridiques du Groupe CSS qui ne sont pas partenaires contractuels, ce à quoi je donne mon accord.

Cette proposition est valable sous réserve de modifications de l'offre et de primes ainsi que de l'approbation de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA). La conclusion du contrat requiert l'approbation de la direction générale de l'assureur. L'entité juridique est la CSS Assurance SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerne.

J'admets que la conclusion de l'International Health Plan (IHP) ne me dispense pas automatiquement de l'obligation légale de m'assurer dans le pays de séjour concerné. Il appartient au preneur d'assurance de s'informer au sujet des obligations de s'assurer spécifiques au pays.

Conditions particulières

En raison de prescriptions réglementaires, cette proposition n'est valable que si la personne à assurer selon la proposition réside encore en Suisse au moment de la conclusion de l'assurance. En complément à l'art. 6 des conditions générales d'assurance (édition 01.2009), cela vaut également pour les nouveaux-nés.

Signatures (Assurance selon LCA)

Lieu	Date	Le proposant ou son représentant légal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	Date	L'intermédiaire ou le conseiller
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de personne du conseiller à la clientèle	N° Agence	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CSS Assurance SA
International Health Plan
Tribschenstrasse 21
Case postale 2568
CH-6002 Lucerne

ihp.info@css.ch

