

A CONTRACTANT

Nom et code du conseiller Golden Care

En tant que contractant, vous êtes auprès de Golden Care le représentant légal des personnes à assurer figurant sur ce bulletin.

Le contractant peut choisir d'assurer les personnes ci-dessous sans être lui-même assuré.

1 • Vous, Contractanta - M. Mme Mlle Autre b - Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

c - Nom:

d - Prénom:

e - Sexe: Féminin Masculin

f - Date de naissance: Jour: Mois: Année: g - Pays de naissance:

h - Nationalité: i - Profession:

j - Adresse de résidence habituelle:

CP / Ville: Pays:

(Si l'adresse de résidence habituelle est différente pour une des personnes à assurer sur ce bulletin, prière de communiquer celle-ci sur feuille séparée)

2 • Votre adresse de correspondance

Adresse:

CP / Ville: Pays:

3 • Vos coordonnées de contact (N'oubliez pas l'indicatif du pays et de la ville)

Pers.: Prof.: Fax:

Email:

4 • Langue de correspondance Français Anglais**B COUVERTURE****1 • Choisissez votre Plan et franchise**ExecutiveCover, avec franchise suivante en CHF: 75 400 800 1500 4000 8000 15000EveriCover, avec franchise suivante en CHF: 75 400 800 1500 4000 8000 15000Hospicover, avec franchise suivante en CHF: 75 400 800 1500AcciCover: sans franchise**2 • Voulez-vous prendre l'option EveriCover Plus** (si vous avez choisi le Plan EveriCover, franchise de CHF 75 ou CHF 400)? Oui Non**3 • Précisez la date d'effet souhaitée** (au plus tôt, le lendemain à minuit du jour de réception de votre demande)

Mois: Année:

4 • Avez-vous actuellement une assurance santé?

Si oui, précisez:

C PERSONNES À ASSURER**1 • Complétez le tableau ci-dessous en tenant compte des précisions suivantes:**

- Zone 1: monde entier, limité à 30 jours par an aux États-Unis et au Canada
- Zone 2: monde entier
- Si vous souhaitez assurer plus de 4 enfants, merci de bien vouloir fournir les renseignements sur feuille séparée
- Vos enfants entre 21 et 24 ans suivant des études à temps plein bénéficient du tarif 0-20 ans. Joindre, dans ce cas, un certificat de scolarité.
- Tout enfant de 0 à 20 ans souscrivant seul, est soumis à la cotisation de la tranche d'âge 21-24 ans. Si plusieurs enfants souscrivent seuls sur un même contrat, le plus âgé paiera la cotisation adulte.

	Nom	Prénom	Sexe M/F	Nationalité	Date de naissance	Zone de protection	Cotisation CHF
Contractant: souhaitez-vous être assuré(e)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, sélectionnez votre zone de protection			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Conjoint			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Enfant 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Enfant 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Enfant 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Enfant 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

Montant de l'option EveriCover Plus: Montant total de la cotisation annuelle en CHF:

D COTISATION ANNUELLE, soit CHF SEMESTRIELLE, soit CHF chaque 6 mois TRIMESTRIELLE, soit CHF chaque 3 mois MENSUELLE, soit CHF chaque mois

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Ce présent questionnaire de santé n'est pas exigé en cas de souscription au Plan AcciCover.

Si vous voulez assurer plus de 4 enfants, merci de bien vouloir fournir ces mêmes renseignements sur une feuille séparée.

En cas de « oui » à l'une ou l'autre de ces questions, Golden Care Services vous demande de noter les précisions correspondantes sur la déclaration médicale confidentielle ci-jointe, celle-ci étant alors indispensable pour l'acceptation de votre dossier de souscription.

Informations générales	Contractant	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
1. Nom						
2. Prénom						
3. Poids (kg)						
4. Taille (cm)						
5. Tension artérielle Normale Si non, quelle est votre tension artérielle ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Profession						
7. Quelle est votre consommation par jour de : a. tabac ? b. alcool ?						
8. Votre poids a-t-il varié dans les 12 derniers mois ? Si oui, de combien et pour quelles raisons ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Dans le cadre d'une assurance médicale ou dentaire, avez-vous déjà fait l'objet d'un refus ou d'une acceptation avec des exclusions ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Passé médical						
10. Avez-vous consulté un médecin au cours des 3 dernières années pour un motif autre qu'un check-up ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? a. en médecine interne b. en maison de repos c. en clinique spécialisée	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Avez-vous eu connaissance d'anomalies lors d'examens biologiques au cours des 3 dernières années ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Pour les femmes : avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Situation actuelle						
14. Etes-vous actuellement sous traitement ou sous contrôle médical ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Etes-vous atteint(e) d'une malformation de naissance ou d'une maladie chronique ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Traitements et examens futurs						
16. Devez-vous subir une opération ou des examens complémentaires dans les prochains mois ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. L'état de votre denture nécessite-t-il des soins ou des prothèses ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Médecin de famille						
18. Nom, Email et n° de tél du (ou des) médecin(s) de famille						

IDENTIFICATION DE L'AYANT DROIT ÉCONOMIQUE Le/la soussigné(e) déclare (cocher ce qui convient) :

- que le preneur est le bénéficiaire de la police d'assurance et l'ayant droit de toutes les valeurs de transactions à cet égard
 que le preneur n'est pas le bénéficiaire de la police d'assurance qui est la personne suivante (nom, prénom, adresse, copie passeport):

Déclaration : Par la présente, je demande l'adhésion au Plan Golden Care, souscrit auprès de Global Health and Accident Insurance Limited et laquelle est régulée par la Guernsey Financial Services Commission (licence n°2291879), des personnes mentionnées sur ce présent bulletin. Je déclare au nom des personnes à assurer :

- Avoir pris note que ces réponses sont confidentielles et seront utilisées par Golden Care Services pour l'acceptation du dossier de souscription;
- Certifier que les réponses sont exactes et, à ma connaissance, complètes, entières, vraies et qu'il n'existe aucune circonstance pouvant affecter les résultats de l'évaluation de la souscription par Golden Care Services;
- Savoir que toute déclaration fautive ou incomplète sera considérée rétroactivement comme un renoncement aux prestations et entraînera l'annulation immédiate du contrat concerné;
- Savoir que le Plan sera effectif à la date précisée sur le certificat d'assurance émis par Golden Care Services et que toutes ces réponses font partie, avec la déclaration médicale, le certificat d'assurance et les conditions générales du Plan n°GCCH007FR ou GCCHEX004FR, du contrat entre chaque personne assurée et l'assureur;
- Avoir noté que Golden Care Services peut demander un examen médical complémentaire à mes frais avant d'évaluer ma demande;
- Autoriser Golden Care Services à obtenir auprès des médecins, assureurs et autres prestataires de services, et à transmettre à ceux-ci, les informations, y compris les données personnelles, nécessaires à l'évaluation du risque d'assurance et à la gestion du contrat y découlant;
- Savoir que le refus pour tout assuré, médecin ou établissement de fournir ces informations médicales, sera considéré comme un renoncement aux prestations et l'assureur n'aura plus aucune obligation envers ces personnes;
- Avoir lu les principales exclusions du Plan, notamment celles relatives aux états préexistants;
- Avoir noté que je dois informer GOLDEN CARE de tout changement concernant ma santé ou mes données personnelles qui interviendrait entre la date de signature du présent document et la date d'entrée en vigueur du contrat et que tout manquement peut aboutir au rejet d'une demande de remboursement ou à la résiliation du contrat.

Signature du contractant au nom de l'ensemble des personnes à assurer :

Date : Jour Mois Année