



## 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, Contractant

a -  M.  Mme  Mlle  Autre .....

b - Nom : .....

c - Prénom(s) : .....

d - Sexe :  Féminin  Masculin

e - Date de naissance : Jour : ..... Mois : ..... Année : .....

f - Nationalité : .....

g - 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 (Merci de mentionner l'indicatif du pays et de la ville)

Pers. : ..... Prof. : ..... Fax : .....

Email : .....

## B COUVERTURE

### 1 • Franchise en CHF : 100

### 2 • Date d'effet du contrat : Jour : ..... Mois : ..... Année : .....

### 3 • Durée du contrat (nombre de jours) : 3 8 10 15 22 31 45 62 92

### 4 • Pays de départ : .....

## C PERSONNES À ASSURER

Membre(s)	Nom	Prénom(s)	Sexe M/F	Résidence	Nationalité	Date de naissance	Cotisation CHF
Contractant : souhaitez-vous être assuré(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Assuré 1			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Assuré 2			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Assuré 3			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Assuré 4			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Assuré 5			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Montant total de la cotisation en CHF							

## D COTISATION

Cotisation unique

## E QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

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	Assuré 1	Assuré 2	Assuré 3	Assuré 4	Assuré 5
1. Nom						
2. Prénom(s)						
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"/>

Passé médical						
6. Au cours des 3 dernières années, avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour un problème médical qui a nécessité plus d'une visite pour le diagnostiquer et le traiter ?	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						
7. Êtes-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"/>

Traitements et examens futurs						
8. Une intervention médicale ou chirurgicale a-t-elle été recommandée, planifiée et/ou envisagée ?	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"/>

## F 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 et constitue une base pour le contrat;
- 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 rétroactivement ;
- Savoir que le contrat 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 et les conditions générales du Plan n°GCCHTSC009FR, du contrat entre chaque personne assurée et l'assureur;
- Savoir que le refus pour tout assuré, médecin ou établissement de fournir des informations médicales lors d'une demande de remboursement d'un sinistre 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 ainsi que celles relevant d'un voyage effectué dans l'intention d'obtenir un traitement médical.
- 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 .....