

Proposition d'assurance pour l'assurance-maladie d'indemnités journalières selon la LCA

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

3 Personne payant la prime

Adresse (n'inscrire que les indications qui diffèrent de celles du/de 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

4 Produits d'assurances complémentaires – assurances selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Début de l'assurance

Indemnité journalière avec accident	Indemnité journalière petites entreprises sans accident	Indemnité journalière agricole / Assurance pour aides temporaires agricoles	
Groupe d'âge			CHF
1. CHF	dès le ° jour	2. CHF	dès le ° jour
Toutes les indications de primes sous réserve de l'approbation de la FINMA (Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers)			CHF
Base pour la détermination des primes: primes de l'année 20			Total prime mensuelle LCA CHF
La présente offre se fonde sur les primes			.
Le montant définitif des primes pour			vous sera communiqué avec la police en automne

5 Plus d'informations

Des sommations ou poursuites sont-elles en cours concernant des créances liées à votre assurance-maladie? oui non

Aux termes de l'article 64a LAMal, un changement d'assureur-maladie ne peut pas avoir lieu tant qu'il reste des arriérés non réglés auprès de l'assureur actuel pour des primes, participations aux coûts, intérêts ou frais de poursuite.

6 Questions concernant l'activité professionnelle

Vous êtes	indépendant/e	salarié/e	femme / homme au foyer	au chômage		
Activité professionnelle actuelle? (Si vous êtes au chômage, indiquez votre dernière activité professionnelle) (Si vous êtes au chômage, veuillez joindre le dernier décompte de l'AC)						
Depuis quand exercez-vous cette activité?			Temps de travail par semaine en heures			
Nom et adresse de l'employeur						
Continuation de paiement du salaire actuellement en cas d'incapacité de travail		maladie	%	salaire pour	mois, puis	%
		accident	%	salaire pour	mois, puis	%
Disposez-vous d'autres assurances d'indemnités journalières?						
LAA						
Assurance d'indemnités journalières; auprès de quelle compagnie?				CHF par jour		
pour accident		pour maladie				

Personne assurée

Nom

Prénom

Date de naissance

7 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 et 12 en lien avec les accidents subis.

Doit obligatoirement être rempli

nom / adresse de votre médecin de famille:

1	Corpulence		taille (cm)		poids (kg)		
2 a	Êtes-vous actuellement soumis/e à un traitement, des investigations ou des contrôles médicaux classiques, 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 de médecine complémentaire (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	
4	Êtes-vous actuellement en incapacité de travail?				oui	non	
5	Avez-vous été en incapacité de travail au cours des cinq dernières années?				oui	non	
	De quand à quand?						
6	Avez-vous déjà été atteint/e d'une tumeur (cancer)? Si oui, veuillez indiquer à quel moment Type d'affection ou traitements suivis				oui	non	
7	Avez-vous déjà subi un traitement chirurgical de l'obésité (anneau gastrique ou autre)?				oui	non	
8	Souffrez-vous des séquelles d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale?				oui	non	

Si vous avez répondu par «oui» à une ou plusieurs questions des points 2 à 8, veuillez donner ici des indications plus détaillées

Maladie / accidents / infirmités / maux / traitement	Quand / sur quelle durée / conclusion	Médecin traitant / hôpital / thérapeute (nom et adresse), degré de l'incapacité de travail	Guérison sans séquelles	
			oui	non
9	Touchez-vous ou avez-vous touché des prestations de l'assurance-invalidité fédérale (AI), de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, ou avez-vous touché des indemnités pour invalidité? (joindre la décision)		oui	non
10 a	Y a-t-il une malposition dentaire / de la mâchoire (constatée par un/e dentiste)?		oui	non
b	Des examens / traitements orthodontiques ont-ils été recommandés ou sont-ils prévus?		oui	non
c	Êtes-vous actuellement en traitement chez un/e orthodontiste / dentiste ou avez-vous des rendez-vous fixés chez un/e orthodontiste / dentiste? Si oui, nom et adresse de l'orthodontiste / du/de la dentiste		oui	non
11	Vous êtes-vous soumis/e à un test VIH ou concernant l'hépatite (hépatite B, C)?		oui	non
	Si oui:	résultat du test VIH positif négatif		
		résultat du test hépatite positif négatif		
12	Prenez-vous ou avez-vous pris au cours des cinq dernières années régulièrement des médicaments? (à l'exception de la pilule contraceptive)		oui	non
	Si oui, lesquels?	De (année) à (année)		
	Nombre par jour	pour quelle maladie / quels maux?		
13	Prenez-vous ou avez-vous pris des drogues?		oui	non
	Si oui, lesquelles?	De (année) à (année) Fréquence		
14	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)		oui	non
	Si oui, lequel?	dl Nombre par jour De (année) à (année)		
15	Fumez-vous ou avez-vous fumé ou consommé du snus au cours des dix dernières années?		oui	non
	Si oui, quoi?	Nombre par jour / ml par jour (vapes) De (année) à (année)		
16	Êtes-vous actuellement enceinte? Si oui, terme prévu de la grossesse?		oui	non
	Poids avant la grossesse	kg		

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

8 Conditions du contrat d'assurance

Le/la soussigné/e déclare (cocher ce qui convient)

avoir soumis à Visana Assurances SA par la présente proposition une demande pour l'admission dans une assurance selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance) et

– avoir répondu de bonne foi et en toute conscience aux questions ci-dessus, de façon complète et exacte;

– délier de leur obligation de garder le secret, tous les médecins, dentistes, hôpitaux, caisses-maladie et assurances qui, jusqu'au moment de la présentation de la demande et ultérieurement, pourront fournir des renseignements sur l'état de santé de la personne à assurer et sur les prestations allouées, dans la mesure où ces indications sont nécessaires pour traiter la présente proposition;

– avoir reçu les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA), les Conditions complémentaires (CC) ou les Conditions supplémentaires (CS) relatives aux assurances demandées et les accepter;

– avoir pris connaissance du fait que Visana Assurances SA peut vérifier la conformité des indications fournies dans le cadre de la présente proposition en les comparant avec des données de prestations éventuellement déjà connues de Visana Assurances SA, de Visana SA, de sana24 SA ou de vivacare SA. Cette possibilité de contrôle ne dispense pas le/la proposant/e de répondre de manière complète et exacte aux questions ci-dessus;

– accepter 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

avoir déposé la proposition en vue de conclure l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie) auprès de Visana et avoir pris connaissance du fait que des indications incorrectes peuvent entraîner une réserve d'assurance rétroactive.

Je REFUSE

– que des propositions d'assurance de membres de la famille ayant été admis sans exclusion soient traitées, si des propositions d'autres membres de la famille sont encore en cours d'examen, ont été refusées ou ont été admises avec des exclusions.

Je certifie également

avoir reçu du/de la conseiller/ère les informations requises selon l'art. 45 LSA;

avoir reçu la notice «Information client LCA» et, si la proposition comprend l'assurance Protection juridique Visana, la notice «Information client sur la protection juridique LCA».

J'autorise

– Visana Assurances SA, à fournir des informations à mon conseiller/ma conseillère pour d'éventuels refus / exclusions.

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.

Nom / prénom du/de la conseiller/conseillère

Timbre et signature du/de la conseiller/ère

Code

Lieu / date

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