

Proposition d'assurance LCA pour enfants (0 – 12)

Dossier n° (seulement interne)

<input type="checkbox"/> Nouvelle conclusion		
<input type="checkbox"/> Modification	Numéro d'assuré	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
N° du contrat collectif	Date d'effet Assurance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Personne assurée

La forme masculine est également valable pour les personnes du sexe féminin et vice versa.

Prénom	Nom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Date de naissance	
	<input type="text"/>	
Nationalité	Rue/N°	NPA/Lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Canton/Pays	Domicile fiscal des parents	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Assureur précédent (nom et adresse)	Assurance complémentaire	<input type="checkbox"/> Déménagement en provenance de l'étranger
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date <input type="text"/>

Primes payées par

N° de famille

Prénom	Nom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numéro d'assuré	Canton du lieu de travail (uniquement pour les frontaliers)	Langue <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> i
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue/N°	NPA/Lieu	N° personnel CFF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (pour les membres du personnel des CFF – a valeur d'autorisation pour déduction salariale)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone prof.	Téléphone privé	eMail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Modalité de paiement

<input type="checkbox"/> Facturation des primes	<input type="checkbox"/> LSV (banque)	<input type="checkbox"/> Débit direct (poste)
<input type="checkbox"/> mensuel	<input type="checkbox"/> bimestriel	<input type="checkbox"/> trimestriel
	<input type="checkbox"/> semestriel	<input type="checkbox"/> annuel
Référence de paiement pour les remboursements (indispensable)		
<input type="checkbox"/> N° de CCP	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Nom de la banque	<input type="text"/>	N° de clearing <input type="text"/>
NPA/Lieu	<input type="text"/>	N° de compte <input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Dossier n° (seulement interne)

Assurances complémentaires selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

Marquer d'une croix ce qui convient

	Prime mensuelle
<input type="checkbox"/> Mivita (l'assurance Denta comprise jusqu'à l'âge de 25 ans) <input type="checkbox"/> Realta <input type="checkbox"/> Extensa	CHF
<input type="checkbox"/> Comforta*	
<input type="checkbox"/> avec accident <input type="checkbox"/> sans accident	CHF
<input type="checkbox"/> Demi-privé	CHF
<input type="checkbox"/> Privé	CHF
<input type="checkbox"/> Opti 1 <input type="checkbox"/> Opti 2	CHF
<input type="checkbox"/> Hôpital	
<input type="checkbox"/> avec accident <input type="checkbox"/> sans accident	CHF
<input type="checkbox"/> Commune	CHF
<input type="checkbox"/> Demi-privé	CHF
<input type="checkbox"/> Privé	CHF
<input type="checkbox"/> Opti 1 <input type="checkbox"/> Opti 2	CHF
<input type="checkbox"/> ADI – Assurance accidents avec capital décès et invalidité	
<input type="checkbox"/> Variante A (progression jusqu'à 225%) <input type="checkbox"/> Variante B (progression jusqu'à 350%)	
Somme d'assurance en cas de décès	CHF <input type="text"/>
Somme d'assurance en cas d'invalidité	CHF <input type="text"/>
Prime mensuelle	CHF

* Cette assurance ne peut être souscrite qu'avec Mivita.

Informations clients de la part d'Atupri

Avec des informations clients étant disponibles en version imprimée ou électronique, veuillez me les faire parvenir

par e-mail mon adresse e-mail

par voie postale/version imprimée

Utilisation interne (laisser libre)

Code collaborateur / Code/d'intermédiaire

Déclaration de santé

Dossier n° (seulement interne)

Le proposant a la possibilité d'envoyer le présent questionnaire directement au médecin-conseil d'Atupri.	
Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro d'assuré <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text"/>

Le proposant/présentant légal doit répondre personnellement à toutes les questions posées ci-après. Aucune omission ne sera tolérée. Marquer d'une croix ce qui convient		no	oui
1. a)	L'enfant présente-t-il actuellement des problèmes de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Suivez-vous actuellement un traitement chez un médecin, dentiste, naturopathe ou autre thérapeute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Taille <input type="text"/> cm, poids <input type="text"/> kg		
2.	Durant les 5 dernières années, l'enfant a-t-il fait l'objet de traitements/d'exams ambulatoires ou stationnaires (y compris des traitements/exams relevant de la médecine complémentaire) pour des troubles physiques ou psychiques		
a)	du système respiratoire, tels que asthme, bronchite chronique, tuberculose, autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	du coeur, tels que hypertension, troubles circulatoires artériels, affection valvulaire, insuffisance cardiaque, troubles du rythme ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	des vaisseaux sanguins, tels que: sténose artérielle ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	affections psychiques, tels que: dépressions, psychoses, troubles végétatifs, troubles de l'alimentation, du sommeil ou du comportement ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	du système nerveux, tels que épilepsie, paralysies, migraines ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	d'une affection du système digestif, (estomac, intestins, foie, vésicule biliaire, pancréas) ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	d'une affection de l'appareil urinaire et/ou génital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	du métabolisme ou du sang, tels que diabète, hypercholestérolémie, troubles hormonaux ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	de la peau, tels qu'eczéma, allergies, psoriasis ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)	des yeux et/ou de l'ouïe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k)	du système immunitaire ou des maladies infectieuses, comme SIDA, infection VIH, hépatite ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)	de l'appareil locomoteur: os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Des traitements, des exams (y compris des traitements/exams relevant de la médecine complémentaire), des investigations, des opérations ou des cures sont-ils prévus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, lesquels? <input type="text"/>		
4.	L'enfant a-t-il jamais développé une tumeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, quel type? <input type="text"/>		
5.	Au cours des 5 dernières années, l'enfant a-t-il régulièrement pris des médicaments ou lui en a-t-on prescrits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, lesquels? <input type="text"/>		
	Motifs de la prescription? <input type="text"/>		
	De <input type="text"/> à <input type="text"/>		
6. a)	L'enfant présente-t-il une malformation ou déformation des mâchoires et/ou de la dentition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	L'enfant a-t-il subi des traitements dentaires longs et compliqués ? Souffre-t-il ou a-t-il souffert d'affections des gencives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, lesquels? <input type="text"/>		
7.	Votre enfant souffre-t-il d'une invalidité ou d'une infirmité congénitale? (Une demande est-elle en cours ? Le cas échéant, veuillez s.v.p. joindre la décision y relative) Si oui, de quel type d'invalidité/ d'infirmité congénitale <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Au cours des 5 dernières années, une proposition d'assurance-maladie, d'assurance-accidents ou d'assurance-vie pour l'enfant a-t-elle été refusée, ajournée ou acceptée uniquement à des conditions aggravées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, pourquoi? <input type="text"/>		
9.	Quel médecin est le mieux informé de l'état de santé de l'enfant (médecin de famille)? Nom/Adresse <input type="text"/>		

Indications précises relatives aux questions auxquelles il a été répondu par oui
(questions 1–2)

Dossier n° (seulement interne)

Marquer d'une croix ce qui convient

N°	Quels maladies/troubles (diagnostic) ou résultats/raison du traitement/de l'examen.	Quand/Combien de temps/ Fin du traitement	Nom et adresse du médecin/ Etablissement hospitalier/Thérapeute	Séquelles	
				non	oui
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déclaration d'adhésion

Par la présente, je déclare que la proposition d'assurance, notamment les questions de santé, exacte et avoir y répondu entièrement. De plus, je confirme avoir reçu et lu, avant dépôt de la demande, les conditions générales d'assurance (CGA) concernant les assurances complémentaires selon LCA ainsi que toute condition complémentaire d'assurance (CCA) pour les assurances complémentaires demandées par mes soins. Par ailleurs, j'ai été informé(e) par voie écrite et de manière compréhensible de l'identité de l'assureur et du contenu essentiel du contrat d'assurance avant le dépôt de la demande. Je connais en particulier les risques assurés, le volume de la protection d'assurance, les primes dues et autres obligations de l'assuré, la durée et la fin du contrat d'assurance.

J'ai également pris connaissance du fait que les prestataires médicaux doivent transmettre les données nécessaires au respect de leurs directives aux médecins-conseil d'Atupri, soit toutes les données requises à l'évaluation du risque sanitaire lors du dépôt de la demande ainsi que les questions d'indemnité, l'application des tarifs ainsi que les obligations d'Atupri. J'autorise les prestataires de service médicaux sollicités par Atupri à fournir, pour une durée de trois mois à signature de cette demande, toutes les informations nécessaires dans le cadre cité aux médecins-conseil

d'Atupri. De la même manière, je libère également les assureurs privés et assureurs sociaux de leur obligation au secret et les autorise à transmettre des informations à Atupri. Cette exemption de protection des données prend fin après expiration de trois mois. Je prends néanmoins connaissance du fait qu'une déclaration actuelle et correspondante peut m'être exigée également ultérieurement, lorsque ceci est nécessaire dans le cadre du devoir de collaborer, notamment pour la vérification d'une obligation d'Atupri ou pour la clarification d'une réticence.

Enfin, j'ai pris connaissance de l'article 6 de la loi sur le contrat d'assurance: Si celui qui avait obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître, l'assureur est en droit de résilier le contrat par voie écrite. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance. Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après qu'Atupri a eu connaissance de la réticence. Si le contrat prend fin par résiliation en ce sens, l'obligation d'Atupri s'éteint également pour les sinistres déjà survenus, dont le fait qu'ils soient survenus ou leur volume aient été influencés par le risque élevé non signalé ou inexactement signalé. Dans la mesure où l'obligation a déjà été remplie, Atupri a droit à un remboursement.

Lieu et date

Signature du proposant respectivement
du représentant légal

Prière d'envoyer la demande dûment remplie à:

Call Center
Atupri Krankenkasse
Zieglerstrasse 29
Postfach 8717
3001 Bern

Remarque: Veuillez ne résilier les assurances complémentaires existantes qu'après réception par vos soins de l'accord écrit de notre part.

www.atupri.ch

Utilisation interne (laisser libre)

Code collaborateur /

Code/d'intermédiaire

Renseignements importants concernant la procédure de résiliation

Chère cliente,
Cher client,

Atupri vous aide volontiers à remplir les formalités de résiliation. Sur demande, nous nous chargeons pour vous de tout le processus, dans la mesure où les documents indiqués ci-après nous parviennent au moins 10 jours ouvrables avant l'échéance de la résiliation et qu'aucune vérification supplémentaire n'est requise pour l'examen médical. Dans ce cas, nous vous saurions gré de bien vouloir nous faire parvenir, dans l'enveloppe ci-jointe, les documents suivants:

- > la présente notice concernant la procédure de résiliation, dûment complétée et signée
- > la/les lettre(s) de résiliation annexée(s), dûment complétée(s) et signée(s)
- > la proposition d'assurance jointe, dûment signée

Nous nous permettons de vous rendre attentif aux différents délais de résiliation:

Assurances	Délai de résiliation (la date de réception par l'ancien assureur fait foi)
Assurance obligatoire des soins	Annuel au 31 mars* et au 30 novembre ou au dernier jour ouvrable du mois de mars ou de novembre
Assurances complémentaires	En règle générale, au 30 septembre Attention: certaines compagnies d'assurance pratiquent des délais plus longs ou des contrats de plusieurs années.

* seulement pour les franchises de CHF 300.–

Afin de clarifier la marche à suivre et de prévenir tout malentendu, nous vous prions de cocher la réponse qui convient:

- Je résilie le contrat moi-même Je charge Atupri des démarches de résiliation

La résiliation des assurances complémentaires est possible au

Fractionnement: oui ou non?

Le changement de l'assurance obligatoire des soins ne pose guère de problème pour autant que la résiliation ait lieu dans les délais impartis.

La conclusion d'assurances complémentaires est toutefois passible d'examens de l'état de santé qui peuvent prendre un certain temps. Il peut ainsi arriver que l'entrée en vigueur de l'assurance soit reportée d'une année. Les différents délais de résiliation aboutissent à la situation suivante: le changement pour l'assurance obligatoire des soins pourrait intervenir au 1^{er} janvier prochain. Par contre, le changement pour les assurances complémentaires n'est pas possible à la même date. Les raisons peuvent en être une échéance manquée, un examen de l'état de santé qui prend plus de temps que prévu ou même l'impossibilité du changement pour des motifs liés à l'état de santé.

Veuillez nous communiquer si vous désirez un fractionnement ou si le changement pour Atupri ne doit intervenir que lorsque le changement est possible pour toutes les assurances. Merci d'avance.

- Je souhaite un fractionnement
 Je ne souhaite pas de fractionnement

Le changement de l'assurance obligatoire des soins aura lieu à la première date possible, indépendamment du moment de la conclusion des assurances complémentaires.

Prénom

Nom

Date

Signature

P.-S.: Veuillez nous renvoyer la présente notice, dûment complétée, en même temps que votre proposition d'assurance, même si vous vous occupez vous-même de la résiliation de votre contrat antérieur.

Expéditeur

Recommandé

--

Lieu, date

Résiliation des assurances complémentaires

Personne(s) assurée(s): nom(s), prénom(s), numéro de famille/police

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je résilie toutes les assurances complémentaires auprès de votre caisse maladie
au _____ (en général, au 31 décembre).

Veuillez confirmer par écrit la résiliation de mon contrat d'assurance.
Je vous remercie des prestations d'assurance dont j'ai pu bénéficier auprès de votre compagnie.

Avec mes meilleures salutations

--

Signature(s)