

PROPOSITION D'ASSURANCE-ACCIDENTS INDIVIDUELLE

N° de police _____ Nouvelle proposition Proposition de remplacement _____

Pour les questions signalées par , veuillez cocher la case correspondante.

1 PRENEUR D'ASSURANCE

Monsieur Madame

Nom/Prénom _____ Profession/Type d'activité _____

Nom/Prénom (suite) _____ Téléphone privé _____ prof. _____

Rue, n° _____ Compte bancaire/Banque _____

NPA/Lieu _____ Compte chèque postal _____

2 PERSONNE ASSURÉE

Nom/Prénom _____ Profession/Type d'activité _____

Adresse _____ Date de naissance _____
(si différente de celle du preneur d'assurance)

Sexe masculin féminin

Taille _____ cm _____ kg

D'autres personnes doivent-elles être assurées? Oui Non

Si oui, combien? _____ (Une proposition différente devra être utilisée pour chacune de ces personnes.)

3 QUESTIONS RELATIVES A L'ÉTAT DE SANTÉ ET ASSURANCES-ACCIDENTS

Avez-vous subi des accidents au cours des cinq dernières années? Oui Non Lesquels? _____

Souffrez-vous encore de séquelles de ces accidents? Oui Non Lesquelles? _____

Vous manque-t-il des organes ou d'autres parties du corps ou avez-vous perdu l'usage total ou partiel d'un organe ou d'une partie du corps? Oui Non Lesquels? _____

Présentez-vous ou avez-vous présenté une infirmité, quelle qu'elle soit (même de faible importance)? Oui Non Laquelle? _____

Etes-vous ou avez-vous déjà été assuré contre les accidents? Oui Non Compagnie? _____

Si oui, conservez-vous cette assurance? Oui Non Pour quelles prestations/sommes? _____

Vous a-t-on refusé une proposition d'assurance-accidents ou résilié une assurance-accidents au cours des cinq dernières années? Oui Non Compagnie, pourquoi? _____

4 PRESTATIONS D'ASSURANCE

Régime tarifaire _____

Capital-décès

CHF _____

Capital d'invalidité

CHF _____

Barème d'invalidité rehaussé

Indemnité journalière

CHF _____

CHF _____

Indemnité journalière d'hospitalisation

CHF _____

Frais de guérison

en complément de la caisse-maladie ou de l'assurance-accidents obligatoire

Groupe d'âge _____

Variante A (225 %)

Variante B (350 %)

Supplément de 35 %

à partir du _____ jour

à partir du _____ jour

assurés non assurés

Total intermédiaire personne assurée

Total membres de la famille

Total famille entière

. /. rabais famille de 10 %

Total primes annuelles
(prime minimale CHF 100.-)

Classe de risque _____

Primes annuelles

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

5 REMARQUES/CONDITIONS PARTICULIÈRES

6 DONNÉES CONTRACTUELLES

Début _____ Echéance _____ Echéance de la prime 01. _____ Edition CGA _____

7 MODE DE PAIEMENT

annuel

semestriel

trimestriel

Un paiement en cours d'année ne peut être convenu que moyennant un supplément pour versements échelonnés de CHF 10.-, à condition que le montant du versement individuel soit de CHF 150.-.

La personne à assurer déclare par la présente avoir répondu de manière complète et conforme à la vérité aux questions susmentionnées. Le proposant a pris connaissance du fait que SOLIDA n'est pas liée par le contrat en cas de fausses déclarations si elle se départit du contrat dans les quatre semaines après avoir eu connaissance de ce fait (art. 6 LCA).

Le proposant certifie avoir reçu un exemplaire des Conditions générales d'assurance pour l'assurance-accidents individuelle. Des accords particuliers entre le proposant et l'agent ne lient SOLIDA que si elle les a établis par écrit. Le proposant est lié à sa proposition pendant 14 jours à compter de la remise ou de l'envoi de la proposition à SOLIDA ou à son représentant.

La personne à assurer autorise expressément SOLIDA à se procurer les renseignements nécessaires sur son état de santé auprès des médecins traitants et autorise ces derniers à répondre à toute question posée par SOLIDA.

	Lieu	Date	Signature
Personne assurée	_____	_____	_____
Représentant légal ou conjoint de l'assuré	_____	_____	_____
Preneur d'assurance	_____	_____	_____
Agent/Représentant de la compagnie	_____	_____	_____

ANNEXES

_____ Nombre de propositions