

Demande d'assurance

Nouvelle adhésion Modification d'assurance Annonce prénatale _____

N° d'offre _____ N° d'assurance _____

Début de l'assurance _____ N° de famille _____

Personne assurée (le domicile légal est à mentionner ici / prière de remplir en majuscules)

Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____
Rue/n° _____	NPA/localité _____	
c/o _____	Tél. privé _____	Tél. prof. _____
Sexe <input type="radio"/> féminin <input type="radio"/> masculin	Etat civil <input type="radio"/> marié(e) <input type="radio"/> célibataire <input type="radio"/> _____	
Nationalité _____	Langue <input type="radio"/> allemand <input type="radio"/> français	
E-mail _____		

Facture de primes (ne remplir que si les indications ne sont pas identiques à celles ci-dessus)

Nom _____	Prénom _____
Rue/n° _____	NPA/localité _____

Mode de paiement souhaité

mensuel tous les 2 mois trimestriel semestriel annuel

(En cas de paiement semestriel ou annuel, vous bénéficiez d'une réduction.)

Mode de paiement

DD (Débit Direct) Compte postal n° _____ Nom du titulaire du compte _____

Autorisation de débit (prière de remplir le formulaire séparé)

Bulletin de versement

eFacture: plus d'informations sur www.provita.ch

Remboursement de prestations

IBAN _____

au compte bancaire n° _____ Nom du titulaire du compte _____

 Nom de la banque _____ N° de clearing de la banque _____

 Adresse de la banque _____

au compte postal n° _____ Nom du titulaire du compte _____

Assurances selon la LaMal

SANA

MEDICASA (médecin de famille)

Médecin de famille (indication obligatoire)

HMO

Centre HMO (indication obligatoire)

Franchise	légale	au choix				
Adultes	<input type="radio"/> CHF 300.–	<input type="radio"/> CHF 500.–	<input type="radio"/> CHF 1000.–	<input type="radio"/> CHF 1500.–	<input type="radio"/> CHF 2000.–	<input type="radio"/> CHF 2500.–
Jeunes adultes	<input type="radio"/> CHF 300.–	<input type="radio"/> CHF 500.–	<input type="radio"/> CHF 1000.–	<input type="radio"/> CHF 1500.–	<input type="radio"/> CHF 2000.–	<input type="radio"/> CHF 2500.–
Enfants	<input type="radio"/> CHF 0.–	<input type="radio"/> CHF 100.–	<input type="radio"/> CHF 300.–	<input type="radio"/> CHF 500.–		

avec accident

Oui

Non

Nom/adresse de l'employeur _____

Profession _____

Questions supplémentaires

En cas de changement d'assurance (à remplir obligatoirement)

Nom et adresse de l'assureur-maladie actuel

Pour quand avez-vous résilié votre protection assurance? _____

En cas d'arrivée de l'étranger

Quand êtes-vous arrivé en Suisse? _____

(veuillez joindre une copie du permis de séjour ou de la preuve de domiciliation)

Le demandeur confirme par sa signature:

- avoir fait une demande de prise en charge auprès de l'assurance-maladie obligatoire selon la LaMal;
- si l'accident est exclu, qu'il est assuré via son employeur contre les accidents professionnels et non professionnels.

Lieu/date

Signature manuscrite du demandeur ou de son représentant légal

(Si vous demandez un produit des assurances complémentaires selon la LCA, vous devez répondre au questionnaire de santé au verso.)

Demande pour

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____
Début de l'assurance _____ N° d'assurance _____

Modules PRIMA Standard et CLINICA Pro Flex

PRIMA: Soins plus étendus en cas de maladie et d'accident

(Délai de carence en cas de correction de la position des dents: 365 jours)

- Basic
- Standard
- Top

CLINICA: Assurances des soins hospitaliers complémentaires (délai de carence de 365 jours en cas de grossesse)

- commune
- Hotela*
- ProFlex
- mi-privée selon liste PROVITA
- mi-privée (pas possible pour les assurés HMO)
- privée

Participation aux frais au choix (seulement pour mi-privée, privée)

- CHF 100.-/jour, max. CHF 1000.-/an (rabais 15%)
- CHF 200.-/jour, max. CHF 2000.-/an (rabais 20%)
- CHF 300.-/jour, max. CHF 3000.-/an (rabais 25%)
- CHF 500.-/jour, max. CHF 5000.-/an (rabais 35%)

* Il n'existe pas d'hôpitaux sous contract dans tous les cantons. Veuillez vous renseigner auprès de la PROVITA Gesundheitsversicherung AG.

OPTIMA (division privée seulement en cas d'accident)

DENTA: Assurance des soins dentaires (veuillez remplir un formulaire distinct, délai de carence 1 année)

VACANZA: Assurance voyages et vacances (déjà compris dans PRIMA Standard)

MONETA: Assurance indemnité journalière

(veuillez remplir un formulaire distinct, max. CHF 350.-/jour, responsable du ménage CHF 50.-/jour)

Capital décès et invalidité en cas d'accident DIA

Somme en cas de décès CHF _____

Somme en cas d'invalidité CHF _____

Veuillez reprendre les variantes possibles du prospectus UTI.

RKL/RKI: capital décès et invalidité (veuillez remplir un formulaire distinct)

Questionnaire de santé	Oui	Non
1. Avez-vous déjà été exclu, radié ou refusé de l'assurance-santé PROVITA SA, d'autres assurances-maladie ou de sociétés d'assurance privées ou disposez-vous/disposiez-vous d'une réserve d'assurance auprès d'un quelconque assureur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, pourquoi et dans quel but? _____		
Auprès de quel assureur? _____		
2. Vous sentez-vous actuellement en bonne santé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Etes-vous apte au travail à 100%?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Etes-vous en ce moment sous traitement médical/homéopathique/thérapeutique ou un tel traitement ou une cure est-il prévu dans un avenir proche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, pourquoi? _____		
5. Avez-vous été ces 5 dernières années chez un médecin, un homéopathe, dans un hôpital, un établissement de cure ou chez un psychiatre/psychologue pour vous faire soigner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, pourquoi? _____		
Date/Année? _____		
Durée? _____		
Traitement par? _____		
Traitement terminé? _____		
6. Souffrez-vous actuellement de maladie, d'infirmité, de séquelles d'accident (y compris accident dentaire), d'invalidité ou des maladies ont-elles été constatées lors de contrôles chez un fœtus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, lequel(le)s? _____		
7. Avez-vous une position des dents ou de la mâchoire qui nécessite une correction?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Avez-vous régulièrement pris des médicaments ou des drogues pendant une longue période ou en prenez-vous en ce moment?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, depuis quand? _____		
Jusqu'à quand? _____		
Lesquels? _____		
9. Consommez-vous de l'alcool ou fumez-vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, quelle quantité? _____		
Quoi? _____		
10. Avez-vous subi un test HIV?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, quand? _____		
Résultat <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif		
11. Taille corporelle en cm? _____		
Poids corporel en kg? _____		
12. Pour les personnes de sexe féminin: êtes-vous enceinte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, date probable de l'accouchement? _____		

Autres remarques ou précisions

Déclaration du soussigné

Je déclare avoir répondu aux questions ci-dessus de manière complète et correcte, même si les réponses n'ont pas été écrites par moi-même, et n'avoir rien passé sous silence ou omis. J'autorise l'assurance-santé PROVITA SA à recueillir auprès de toutes les personnes médicales ou médico-thérapeutes, ainsi qu'auprès d'autres assureurs ou instances, toutes les informations nécessaires à l'évaluation de la couverture et de l'obligation de prestation et libère ces derniers du secret professionnel envers l'assurance-santé PROVITA SA. J'autorise la consultation et l'utilisation des données portées à la connaissance de l'assurance-santé PROVITA SA dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal. J'ai pris connaissance du fait qu'une violation de l'obligation de déclaration peut avoir pour conséquence le retrait des prestations d'assurance et l'exclusion de l'assurance-santé PROVITA SA. J'ai reçu les conditions générales d'assurance (CGA) et me déclare lié à la demande pour 14 jours (pour un examen médical pour 4 semaines). L'assurance prend effet à la date demandée, au plus tôt au 1^{er} du mois suivant, après l'entrée de la demande chez PROVITA, pour autant que l'assurance puisse être conclue dans la mesure demandée sur base de l'examen de santé.

Lieu/date

Signature manuscrite du demandeur ou de son représentant légal

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4
Postfach
8401 Winterthur

Tel. 052 260 02 02
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch
www.provita.ch

