

Vos données personnelles (fiche d'identité)

<input type="checkbox"/> Nouveau client	Prénom, nom du conseiller	
<input type="checkbox"/> Client existant	N° de conseiller	
<input type="checkbox"/> Annonce prénatale	N° d'assuré(e)	
<input type="checkbox"/> BILAS (Accords bilatéraux CH/UE)		
Personne à assurer	Prénom, nom officiel *	
	Rue, n°	
	NPA, localité	
	Pays	
<input type="checkbox"/> masculin	<input type="checkbox"/> féminin	Date de naiss.
État civil		Nationalité
Téléphone privé		Portable
Courriel		
* Important: en vue de l'élaboration ultérieure de la carte d'assuré, l'orthographe du prénom et du nom doit impérativement correspondre à celle figurant sur les documents officiels (carte d'identité, passeport, permis de séjour, etc.).		
Chef de famille / personne en charge du contrat	Prénom, nom	
	Rue, n°	
	NPA, localité	
Questions au sujet de l'assureur actuel dans l'assurance de base	Nom de l'assureur-maladie	
	Lieu (filiale)	
	N° d'assuré(e)	
	Sortie le	
	<input type="checkbox"/> Arrivée de l'étranger (joindre une copie du permis de séjour)	
Questions au sujet du représentant légal	Prénom, nom	
	Rue, n°	
	NPA, localité	Pays
Questions pour le payeur de primes	Prénom, nom	
	Payeur de primes	
Type de paiement souhaité	<input type="checkbox"/> Prélèvement bancaire**	<input type="checkbox"/> E-facture
	<input type="checkbox"/> Debit Direct Poste**	Vous vous inscrivez sur votre portail de banque en ligne (vous trouverez des informations sous www.helsana.ch/e-facture)
	<input type="checkbox"/> Bulletin de versement	<input type="checkbox"/> Encaissement collectif
	** Le formulaire vous parviendra séparément	
Fréquence de paiement souhaitée	<input type="checkbox"/> mensuel	<input type="checkbox"/> semestriel (0,5 % d'escompte)
	<input type="checkbox"/> tous les deux mois	<input type="checkbox"/> annuel (1 % d'escompte)
	<input type="checkbox"/> trimestriel	
Coordonnées du compte pour les primes et les remboursements des prestations	Prénom, nom titulaire du compte	
	Nom de la banque	
	Adresse de la banque	
	IBAN	
	N° de CCP	
Indications pour frontaliers (BILAS)	Nom de la société	
Adresse employeur	Rue, n°	
	NPA, localité	



Votre offre pour l'assurance obligatoire des soins (LAMal)

Personne à assurer Prénom, nom			Date de naiss.
Assurances dès le	jour	mois	année
Assureur	<input type="checkbox"/> Helsana	<input type="checkbox"/> Avanex	<input type="checkbox"/> Progrès <input type="checkbox"/> Sansan

Offre de primes pour l'année 20__			Prime CHF
<input type="checkbox"/> BASIS – L'assurance obligatoire des soins	<input type="checkbox"/> sans accident		
Franchise annuelle ordinaire	<input type="checkbox"/> Adultes CHF 300.–, enfants CHF 0.–		
Franchise annuelle à option pour adultes	<input type="checkbox"/> CHF 500.–	<input type="checkbox"/> CHF 1000.– <input type="checkbox"/> CHF 1500.–	
	<input type="checkbox"/> CHF 2000.–	<input type="checkbox"/> CHF 2500.–	
Franchise annuelle à option pour enfants	<input type="checkbox"/> CHF 500.–		
<input type="checkbox"/> BeneFit PLUS	Conseil-santé par téléphone (télémédecine)		
	Médecin de famille / cabinet de groupe		
<input type="checkbox"/> PREMED-24 <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> AMF	Nom du modèle:		
Si l'assuré(e) a conclu BeneFit PLUS/HMO/AMF	Prénom, nom du médecin de famille		
Les médecins de famille sont des médecins praticiens, des spécialistes en médecine générale ou en médecine interne, ainsi que des pédiatres (médecins figurant sur la liste de l'assureur)	Rue, n°		
	NPA, localité		
Total prime mensuelle brute LAMal			CHF

Je demande la conclusion des assurances mentionnées (offre d'assurance).

Je confirme avoir reçu, avant la remise de cette proposition d'assurance, les Conditions d'assurance (CA) correspondantes et en avoir pris connaissance.

Organisme responsable des assurances et par conséquent assureur coché dans la proposition.

Nous vous prions de prendre note que la présente offre est basée sur les primes actuellement disponibles. Si la date de début de l'assurance devait être fixée au 1^{er} janvier de l'année suivante, les primes pourraient encore changer pour cette échéance.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer / de son représentant légal

X

X

Lieu et date

Signature du conseiller

Prénom, nom du conseiller (en caractères d'imprimerie)

X

X



Votre offre pour les assurances complémentaires (LCA) / l'assurance facultative d'indemnités journalières (LAMa)

Personne à assurer Prénom, nom _____		Date de naiss. _____		
Assurances dès le _____		Durée <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 ans		
Assureur	<input type="checkbox"/> Helsana	<input type="checkbox"/> Avanex	<input type="checkbox"/> Progrès	<input type="checkbox"/> Sansan

Offre de primes pour l'année 20 _____		N° de contrat collectif _____		Rabais PA	Rabais famille	Prime CHF
Complémentaires des soins	<input type="checkbox"/> TOP – Complément standard à l'assurance BASIS ³	<input type="checkbox"/> sans accid.		1	2	
	<input type="checkbox"/> SANA – Assurance complémentaire naturelle ³	<input type="checkbox"/> sans accid.		1	2	
	<input type="checkbox"/> COMPLETEA – Assurance complémentaire complète ³	<input type="checkbox"/> sans accid.		1	2	
	<input type="checkbox"/> PRIMEO – Compléments dans le domaine ambu- latoire ³	<input type="checkbox"/> sans accid.		1	2	
	<input type="checkbox"/> OMNIA – Assurance complémentaire avec options ³	<input type="checkbox"/> sans accid.		1	2	
Complémentaires d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> HOSPITAL ECO – Division commune toute la CH ³	<input type="checkbox"/> sans accid.		1	2	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL PLUS – Division demi-privée toute la CH ³	<input type="checkbox"/> Bonus (dès 50 ans) FA CHF _____				
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL COMFORT – Division privée toute la CH ³	<input type="checkbox"/> Maternité div. commune		1	2	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL FLEX – Choix de la chambre et du médecin ³	<input type="checkbox"/> Variante 1 <input type="checkbox"/> Variante 2 <input type="checkbox"/> sans accid.		1	2	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL EXTRA – Assurance indemnités journa- lières d'hospitalisation ³	Indemnité journalière CHF _____		–	2	
Capital et protection juridique	<input type="checkbox"/> PREVEA – Ass. de capital en cas de décès/d'invalidité					
	<input type="checkbox"/> suite à une maladie (PREVEA Maladie)	Décès CHF	Invalidité CHF	–	–	
	<input type="checkbox"/> suite à un accident (PREVEA Accident)	Décès CHF	Invalidité CHF	–	–	
<input type="checkbox"/> Helsana Advocare PLUS – L'ass. protection juridique ³	TOP ou COMPLETEA obligatoire		–	–		
Indemnités journalières	<input type="checkbox"/> CASA – L'ass. indemnités journalières de ménage ³	Délai d'attente	Taux journaliers	–	2	
	<input type="checkbox"/> SALARIA – L'assurance d'indemnités journalières ³	Délai d'attente	Taux journaliers	–	–	
	<input type="checkbox"/> LAMa <input type="checkbox"/> LCA <input type="checkbox"/> sans accid.			–	–	
<input type="checkbox"/> VIVANTE – Assurance des soins de longue durée ³	Variante			–	2	
<input type="checkbox"/> DENTApplus ⁴ – Assurance des soins dentaires ³	Variante			–	2	
<input type="checkbox"/> Autres produits						

³ Délai d'attente mentionné dans les conditions d'assurance

⁴ Un formulaire supplémentaire doit être complété, sauf pour la variante 300

Total prime mensuelle brute	CHF
– Rabais de famille ² (5% / 10% sur certaines ass. LCA)	%
– Rabais collectif du contrat n°	
– Rabais pluriannuel (PA) ¹ (3% / 5% sur certaines ass. LCA)	%
Total prime mensuelle nette	CHF



Personne à assurer Prénom, nom	Date de naiss.
Êtes-vous ou avez-vous déjà été assuré(e) auprès du Groupe Helsana? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Du _____ au _____	
Touchez-vous une rente, des indemnités journalières ou d'autres prestations d'une assurance sociale (AI, AM, SUVA, rente AI-LPP ou une autre rente accident)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, depuis quand?	
Motifs _____	

Je demande la conclusion des assurances mentionnées (offre d'assurance) et je compléterai et signerai un formulaire supplémentaire (déclaration de santé et autres questions) pour les assurances complémentaires selon la LCA. Je prends connaissance du fait que si je ne complète et ne signe pas ce formulaire supplémentaire, je pourrai conclure uniquement l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

Je confirme avoir reçu, avant la remise de cette proposition d'assurance, les Conditions d'assurance (CGA/CSA/CA) correspondantes et, pour autant que le conseil ait été dispensé par un tiers ou par un collaborateur d'Helsana, le formulaire d'information selon la LSA du conseiller en assurances, et en avoir pris connaissance.

Helsana Assurances complémentaires SA est l'assureur pour l'assurance complémentaire selon la LCA. Organisme responsable de l'assurance indemnités journalières facultative selon la LAMal et par conséquent assureur coché dans la proposition.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer / de son représentant légal

X

X

Lieu et date

Signature du conseiller

Prénom, nom du conseiller (en caractères d'imprimerie)

X

X

