



Association Suisse des Cadres

Secrétariat central
Lic. oec. H.J. Gerosa AG
Florastrasse 4, 9000 St. Gallen
Téléphone 071 245 84 25
Fax 071 245 97 08
E-mail info@kaderverband.ch

Conseiller: _____

Inscription pour l'admission à la prévoyance libre

conformément au contrat collectif CH-0-101-0-09-09-KEZ avec l'assureur Elips Life AG

Personne assurée :

Nom/Prénom: _____

Rue, N°: _____

Code postal/Ville: _____

Date de naissance: ____ / ____ / _____ homme femme

Profession/Secteur: _____

Etes-vous exposé(e) à des risques particuliers durant vos loisirs? oui _____
(par ex. course automobile, parachutisme, Base-Jumping, etc.)

Imposable aux Etats-Unis oui

Date de début d'assurance: ____ / ____ / _____ (toujours au début d'un mois)

Prestations demandées :

- rente d'invalidité annuelle: CHF _____ linéaire
Délai d'attente de 720 jours croissante 4 %
- Capital décès: CHF _____ constante
 linéaire tombante
 tombante CHF _____/an
- Bénéficiaire en cas de décès: les héritiers légaux
- autres: _____

- rente annuelle d'orphelin par enfant: CHF _____
- Nombre d'enfants ayant droit à la rente: _____
(avec date de naissance)

Contrat PREMIUM (Au moins une des conditions doit être remplie)

1. Personnes avec niveau universitaire de toutes professions.

Titre / Diplôme universitaire: _____

2. Cadres ou indépendants dans le domaine administratif avec brevet supérieur et pouvant justifier d'au moins 10 années d'expérience dans la spécialité concernée, comme dans les secteurs suivants, par exemple: Fiducie, conseil financier, conseil en assurance, conseil d'entreprises, métiers pédagogiques avec activité d'enseignement, etc.

Diplôme/Validation de l'expérience professionnelle: _____

3. Pension d'invalidité à partir de CHF 80'000 ou capital-décès à partir de CHF 800'000.

Le preneur d'assurance: Association Suisse des Cadres, 9000 St. Gallen

IMPORTANT: La déclaration de santé doit être remplie et signée par la personne à assurer.

Déclaration de santé

Nom/Prénom: _____

1. Etes-vous actuellement 100% capable de travailler? oui non

Si ce n'est pas le cas, veuillez indiquer le degré d'incapacité de travail en pourcentage: _____

2. Taille _____ cm Poids _____ kg

3. Avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 2 semaines durant les 12 derniers mois? oui non

Si oui, pour quelle raison _____

- 4a Avez-vous effectué un séjour dans un hôpital, sanatorium ou centre de cure durant les 5 dernières années ou une hospitalisation est-elle prévue? oui non

- 4b Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années de maladies, de troubles ou d'affections physiques, psychiques ou mentales? Souffrez-vous des conséquences d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité (par ex. raideurs articulaires, pertes de membre(s), vis osseuses, etc.)? oui non

Si vous avez répondu oui aux questions 4a et 4b, veuillez préciser:

Type de maladie / accident, infirmité, traitements, examens	De	A	Médecin ou hôpital Avec adresse et service exacts	guérison sans suites
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

5. Avez-vous été soumis à des examens qui n'ont pas donné de résultat normal: Radio, électrocardiogramme, test HIV, analyse de sang ou d'urine ou d'autres examens particuliers? oui non

Si oui, lesquels? _____

6. Prenez-vous régulièrement des médicaments? oui non

Si oui, lesquels? _____

Médecin traitant: _____

7. Votre demande d'admission a-t-elle été refusée ou acceptée à des conditions aggravées (supplément de prime, réduction de la durée d'assurance ou des prestations) par une entreprise d'assurance? oui non

Si oui, pour quelle raison ? _____

8. Des prestations ont-elles été demandées au titre d'une assurance invalidité, d'une assurance militaire, d'indemnités journalières maladie ou d'une assurance accident ou l'une de ces assurances allouée au moment de la présente souscription et de l'entrée en vigueur du contrat (veuillez joindre les copies des éventuelles décisions)? oui non

9. Qui est votre médecin de famille (adresse) ? _____

Protection des données

Les données nécessaires à l'exécution du contrat sont traitées par le preneur d'assurance, la société Elips Life AG et l'ASC, confidentiellement et en conformité avec la législation suisse et du Liechtenstein. Dans le cadre des vérifications de cette inscription, des données médicales notamment sont également traitées. Celles-ci sont stockées, échangées puis archivées par la société Elips Life AG et l'ASC sous forme électronique ou physique. Ceci inclut également les données relatives aux inscriptions qui n'ont pu être acceptées ou pour lesquelles la première prime n'a pas été payée. Ces données pourront, si nécessaire, être transmises à des administrations et à d'éventuels ré-ou coassureurs

Autorisation

Par votre signature, vous autorisez la société Elips Life Ag à traiter les données que vous lui avez transmises dans le cadre de l'examen et du traitement de cette inscription. Vous déléguez les hôpitaux, les médecins, les autorités et services officiels ainsi que les autres compagnies d'assurance de leur obligation légale ou contractuelle de leur secret professionnel et vous autorisez ceux-ci à transmettre à la société Elips LifeAG ou à son service médical toutes informations ayant un rapport avec la relation d'assurance.

Déclaration

La personne assurée atteste l'exactitude et l'exhaustivité des indications données ainsi que de la réception des Conditions Générales d'Assurance en tant que membre de l'ASC, version 2015-1 de la société Elips Life AG. En cas de réponses fausses ou incomplètes, l'ASC se réserve le droit d'annuler l'adhésion à l'association. Tout événement assuré dont la survenue est influencée par des circonstances pour lesquelles le questionnaire n'a pas été correctement rempli ne donne aucun droit aux prestations stipulées.

Lieu, Date

Signature de la personne à assurer
