

Exemplaire à nous retourner signé + RIB

PROPOSITION D'ASSURANCE « garantie maintien de salaire » **CORADE**

GARANTIE DU REVENU DES SALAIRES DE SWISSLIFE PREVOYANCE SANTE

Swiss life Prévoyance et santé- siège social : 86 bd Haussmann-75008 Paris
SA au capital de 150 000 000 € - RCS Paris B.322.215.021 – Entreprise régie par le code des assurances

Type de contrat : Affaire nouvelle

Adresse de l'Adhérent :

Tél Dom :

Tél Port :

Date du jour :

VOTRE INTERLOCUTEUR :
ATOUSANTE
3 RUE MEGISSERIE
92220 BAGNEUX
TEL : 01 45 46 49 74
Code : 0026206 ORIAS 07024928

NOMS ET PRENOMS	DATES DE NAISSANCE	N° de Sécurité sociale	/ Profession/ Salaire net
...../...../...../...../.....

JE COCHE LE MONTANT DE **L'INDEMNITE JOURNALIERE MENSUELLE** CHOISIE CI – DESSOUS

OPTION 1
200€/MOIS

OPTION 2
400€/MOIS

OPTION 3
600€/MOIS

JE COCHE LA CLASSE DANS LAQUELLE JE ME SITUE SELON MON METIER
ET SELON L'OPTION CHOISIE LA **COTISATION MENSUELLE** (en EUROS) CORRESPONDANTE :

TRANCHE D'AGE	CLASSE 1			CLASSE 2		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
18 à 25 ans	7.97	15.95	23.92	10.36	20.72	31.08
26 à 30 ans	8.96	17.92	26.88	10.40	23.30	34.94
31 à 35 ans	9.46	18.93	28.39	12.30	24.60	36.89
36 à 40 ans	11.95	23.90	35.85	15.53	31.07	46.60
41 à 45 ans	12.96	25.92	38.88	16.83	33.67	50.50
46 à 50 ans	14.45	28.90	43.34	18.78	37.56	56.35
51 à 55 ans	17.44	34.88	52.32	22.66	45.32	67.97

FRANCHISE 0 JOUR EN ACCIDENT ET 15 JOURS EN MALADIE – DUREE D'INDEMNISATION 365 JOURS

AUCUN DELAI D'ATTENTE EN CAS D'ACCIDENT ET DE MALADIES INFECTIEUSES. On entend par maladies infectieuses pour lesquelles il n'y a pas de délai d'attente : la grippe, angine, rhinopharyngite, scarlatine, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde.

6 MOIS D'ATTENTE POUR LES AUTRES MALADIES ; 12 MOIS MALADIES MENTALES OU MALADIES NEURO-DEPRESSIVES ; MATERNITE NON COUVERTE SAUF GROSSESSE PATHOLOGIQUE APRES 12 MOIS

Date d'effet souhaitée :/..../.....

Je déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions figurant sur la présente proposition d'assurance qui sert de base au contrat qu'il désire souscrire et reconnaît savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part pourra entraîner les sanctions prévues par les articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances. Je déclare avoir reçu un exemplaire des dispositions générales et en avoir pris connaissance, je peux demander la communication et la rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage du Groupe SwissLife en France de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, au siège social de la société. Délai d'attente : aucun en cas d'accidents ou de maladies infectieuses, de 6 mois en cas de maladie..Maternité non couverte. Les délais d'attente abrogés en cas de reprise à la concurrence.

Fait à «Ville»

le

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :



Chez nous, vous avez le choix de la date de prélèvement (cochez la case choisie) : le 5 le 10 le 20 le 30 du mois

Veillez remplir et signer l'autorisation de prélèvement ci-dessous accompagnée de votre RIB ou RIP (Postal). Merci ! **Je demande le prélèvement automatique de l'acompte d'un mois**

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessous. J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge..

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER :

Société suisse santé

1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny
59671 Roubaix cedex 1

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR :

.....

.....

COMPTE A DEBITER :

CODE BANQUE
/ / / / / /

CODE GUICHET
/ / / / / /

N° COMPTE
/ / / / / / / / / / / / / / / /

CLE RIB
/ / / /

N° NATIONAL D'EMETTEUR

149616

**NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT
TENEUR DU COMPTE A DEBITER :**

NOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL.....
VILLE.....

Fait à «Ville»

le

Signature obligatoire :





QUESTIONNAIRE DE SANTE A REMPLIR à l'attention du médecin conseil SWISS LIFE SANTE

Swiss life Prévoyance et santé- siège social : 86 bd Haussmann-75008 Paris
SA au capital de 150 000 000 € - RCS Paris B.322.215.021 – Entreprise régie par le code des assurances

VOTRE INTERLOCUTEUR :
ATOUSANTE
3 RUE MEGISSERIE
92220 BAGNEUX
TEL :01 45 46 49 74
Code : 0026206 ORIAS 07024928

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

RENSEIGNEMENTS

Q1	Dans les 5 dernières années, avez-vous eu une hospitalisation médicale ou chirurgicale ?	OUI	NON
Q2	Envisagez-vous un séjour hospitalier et/ou un séjour spécialisé (repos, cure...) avec ou sans intervention chirurgicale dans les 6 mois ? (autre qu' appendicite, amygdales, végétations)	OUI	NON
Q3	Etes-vous pris(e) en charge à 100% (incapacité ou invalidité) par votre régime obligatoire?	OUI	NON
Q4	Dans les 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts d'activité pour maladie ou accident de plus de 15 jours ?	OUI	NON
Q5	Dans les 5 dernières années, avez-vous été soigné pour maladie, autre qu'une affection courante (grippe, angine,...) ?	OUI	NON
Q6	Merci d'indiquer votre poids Et votre taille Kg cm
Q7	Madame, avez-vous présenté, au cours des 5 dernières années, une fausse couche ou de grossesse compliquée?	OUI	NON
Q8	Effectuez-vous des séjours à l'étranger de plus d'un mois en dehors des pays de l'Union européenne ?	OUI	NON

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, veuillez donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date,nature,conséquences)

Je déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions de santé et reconnait savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connus de lui entraînerait l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L113.8 et L113.9 du Code desAssurances.
Je prends acte que la garantie ne couvre pas les affections dont l'origine est antérieures à la date d'effet du contrat, ni celles survenues pendant les délais d'attente mentionnés

Fait à «Ville»

le

Signature obligatoire

