

DEMANDE DE SOUSCRIPTION  
D'ASSURANCE DÉPENDANCE

# Swiss autonomie





Quelles que soient les réponses données dans le questionnaire ci-dessous, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au médecin-conseil du service médical de la société d'assurances. Dans ce cas, vous reprecisez votre Nom : \_\_\_\_\_ ,

Prénom : \_\_\_\_\_ , date de naissance : \_\_\_\_\_ .

Mais si vous estimez que les réponses données n'exigent pas de confidentialité particulière, vous pouvez joindre ce questionnaire aux documents destinés à la souscription de votre contrat ; l'ensemble de ces documents sera remis aux services administratifs.

**I - Souscription d'une garantie dépendance " TOTALE " d'un montant inférieur ou égal à 1 000 €/mois**

*Pour la souscription d'une garantie d'un montant supérieur à 1 000 €/mois, faire compléter le rapport du médecin-examineur Mod. 5253*

- 1** **Votre poids :**  
**Votre taille :**
- 2** **Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de vos frais de santé par votre régime obligatoire ?**
- 3** **Présentez-vous un état d'invalidité ou un handicap physique ?**
- 4** **Au cours des cinq dernières années :**
  - **Avez-vous dû interrompre vos activités plus de 15 jours consécutifs, pour raison de santé ?**
  - **Avez-vous été hospitalisé plus de 5 jours consécutifs ?**
  - **Avez-vous suivi un traitement médical prolongé (médicaments, psychothérapie, kinésithérapie, etc.) d'une durée supérieure à 3 semaines ?**
- 5** **Devez-vous subir prochainement des examens, un traitement médical, une intervention chirurgicale ou être hospitalisé ?**
- 6** **Etes-vous suivi médicalement plus d'une fois par an pour une maladie oculaire ou auditive ?**
- 7** **Avez-vous besoin d'aide (conjoint, tierce personne, appareillage tel que canne, béquille, déambulateur, fauteuil roulant) pour vous habiller, vous laver, vous déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de votre domicile, vous nourrir ?**

ASSURÉ		CONJOINT	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

**II - Souscription d'une extension de garantie dépendance " PARTIELLE "**

**Avez-vous besoin de vous faire aider de quelqu'un pour :**

- **prendre les transports en commun ?**
- **prendre un bain ?**
- **téléphoner et gérer vos comptes ?**

ASSURÉ		CONJOINT	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

**Je soussigné,**  
déclare avoir répondu avec exactitude aux différentes questions. Je certifie avoir été informé que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de moi entraîneraient l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances. Je déclare ne pas avoir été, au cours des 3 dernières années, refusé, accepté à des conditions spéciales (exclusions, majorations de tarif...) ou résilié pour sinistre pour une assurance vie, maladie ou accident.

**SIGNATURE DE L'ASSURÉ**

Fait à : .....

Le : .....

**SIGNATURE DU CONJOINT**

Fait à : .....

Le : .....



Société suisse  
santé

---

Siège social  
41, rue de Châteaudun  
75009 Paris

Société anonyme  
au capital de € 150.000.000  
RCS Paris B.322.215.021

Entreprise  
régie par le code  
des assurances

