

Demande de souscription

# **Swiss Protection Essentielle**



## Déclaratif de santé

### La ou les personnes à assurer déclarent :

1. Ne pas avoir suivi au cours de ces trois dernières années :
  - pendant plus de trois semaines consécutives, un traitement médicamenteux ou paramédical : kinésithérapie, soins infirmiers...
  - d'examens spécialisés : imagerie, scanner, Irm, etc...ni d' examens de sang
2. Ne pas, à ma connaissance, envisager de suivre les traitements ou examens mentionnés ci-dessus
3. N'avoir pas été hospitalisé ces trois dernières années, ni à ma connaissance devoir l'être dans les six mois à venir
4. Ne pas être actuellement en arrêt de travail et/ou ne pas l'avoir été durant ces trois dernières années plus de trois semaines consécutives
5. Ne pas être atteint d'une invalidité pour maladie et ne pas présenter de séquelles ou handicap suites à un accident
6. Ne pas avoir de test de séro diagnostic positif : Hiv, hépatite C ou B
7. Poids : ..... kg ..... Taille : ..... m. Rapport poids/taille : .....  
Si 2<sup>e</sup> personne à assurer : Poids : ..... kg ..... Taille : ..... m. Rapport poids/taille : .....

Le rapport poids/taille se calcule de la façon suivante : ne prendre que les chiffres après la virgule pour la taille :  
Exemple : poids = 80 kg et taille = 1,68 m, rapport poids /taille = 80/68 = 1,18.

**Notez bien : si ce rapport est > à 1,30 l'acceptation des garanties de ce contrat ne sera pas possible.**

**Si vous estimez que ce déclaratif exige une confidentialité particulière, adressez ce document sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil de la Compagnie.**

## Bénéficiaires des garanties «capital décès accidentel» en cas de décès (version Madelin non concernée)

- Le conjoint de l'assuré, à défaut et par parts égales, ses enfants nés ou à naître, à défaut les héritiers
- Autre (précisez) : .....  
.....  
Le : .....  
Signature

## Mode de paiement des cotisations

- annuel  semestriel  trimestriel  mensuel (uniquement par prélèvement automatique)

**Prélèvement automatique :**  oui  non  le 5  le 10  le 20  le dernier jour du mois

Si oui, compléter une autorisation de prélèvement.

J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

- ou**  je verse un acompte de..... euros pour une période de garantie de ..... mois, à titre de provision sur le contrat à établir.  
 je demande le prélèvement automatique de l'acompte (droit d'entrée AGIS réglé par chèque).

## Le soussigné

- déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions et au déclaratif de santé figurant sur la présente demande et reconnaît savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part pourra entraîner les sanctions prévues aux articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances,

- déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information et en avoir pris connaissance.

Fait à ..... le .....

Signature du souscripteur précédée de la mention «Lu et approuvé»

Signature de l'intermédiaire

Loi du 06/01/1978 modifiée : le responsable du traitement de vos données personnelles est la Direction Services Clients SwissLife Prévoyance et Santé- 60 bd de la Liberté - 59717 Lille cedex 9, auprès de laquelle vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification. Ces données seront utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents sur les produits du groupe SwissLife, destinataire, avec ses mandataires, de l'information.  
Pour ne pas être sollicité : nous vous invitons à nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précitée.

Votre interlocuteur commercial :

**SwissLife Prévoyance et Santé**  
Siège social :  
86, boulevard Haussmann  
75380 Paris Cedex 08.  
SA au capital de € 150.000.000.  
Entreprise régie par le code  
des assurances  
322.215.021 RCS Paris.  
[www.swisslife.fr](http://www.swisslife.fr)