

# Proposition pour l'International Health Plan (IHP)

Le présent formulaire doit être rempli par le proposant ou son représentant légal. Il convient de répondre de manière complète à toutes les questions et de renvoyer par retour le formulaire à l'adresse indiquée à la fin du document. Pour toute question, veuillez vous adresser à l'agence IHP +41 58 277 16 87. Merci.

## 1 Données personnelles

### 1.1 Personne à assurer

Numéro client  Sexe  Féminin  Masculin Etat civil

Nom  Prénom  Date de naissance

Nationalité  Langue  Français  Allemand  Italien  Anglais

Activité exercée actuellement

#### Adresse à l'étranger (si déjà connu)

Rue, n°  Adresse complémentaire  NPA/Localité

Pays de domicile à l'étranger (Prière de joindre le certificat de départ du service de Contrôle des habitants en Suisse.)

N° de téléphone à l'étranger (si déjà connus)  
Privé  Mobile  Professionnel

E-mail  
Privé  Professionnel

J'accepte la transmission de données sensibles (par ex. problèmes de santé/diagnostics etc.) par courrier électronique.  Oui  Non

Concernant le séjour planifié à l'étranger, s'agit-il d'un détachement\*?

**Si oui: L'IHP ne peut pas être conclu pour des travailleurs détachés au sens du droit de l'assurance sociale.**  Oui  Non

(\* Les travailleuses et travailleurs détachés restent de toute façon soumis au contrat de travail qu'ils ont conclu avec leur employeur suisse. Ils restent également soumis aux assurances sociales.)

### 1.2 Adresse pour la correspondance (si différente de «1.1 Personne à assurer»)

Nom  Prénom

Rue, n°  Adresse complémentaire

NPA/Localité  Pays

Numéro client  N° de téléphone  
Privé  Mobile  Professionnel

## 2 Trafic des paiements

Sans coordonnées bancaires, il nous est impossible de procéder au remboursement.

### 2.1 Débiteur de primes\*

Personne assurée  Autre débiteur de primes

Prénom  Nom  Numéro client

Rue, N°/Case postale  Adresse complémentaire  NPA/Localité

Prélèvement par LSV  Inscription au crédit du compte

IBAN  Nom de votre institut financier

Paiement par bulletin de versement (seulement possible avec une adresse de correspondance en Suisse)

Echéance de la prime  Semestrielle  Annuelle (escompte)  Mensuelle (option ne vaut que pour LSV)

Si vous souhaitez payer vos primes par facture électronique, vous pouvez activer ce paramètre vous-même dans votre portail e-banking. En cas de problème, veuillez contacter votre institut financier.

\*voir [css.ch/rolescontractuels](http://css.ch/rolescontractuels)

### 2.2 Destinataire des prestations\*

Crédit selon compte chiffre 2.1  Participation aux coûts selon chiffre 2.1

Personne assurée  Autre destinataire des prestations

Prénom  Nom  Numéro client

Rue, N°/Case postale  Adresse complémentaire  NPA/Localité

Inscription au crédit du compte  Prélèvement par LSV pour la participation aux coûts

IBAN  Nom de votre institut financier

Participation aux coûts par bulletin de versement (seulement possible avec une adresse de correspondance en Suisse)

Si vous souhaitez payer vos primes par facture électronique, vous pouvez activer ce paramètre vous-même dans votre portail e-banking. En cas de problème, veuillez contacter votre institut financier.

\*voir [css.ch/rolescontractuels](http://css.ch/rolescontractuels)

## 3 Début / Franchise / Prime

Durée du contrat

dès le  (durée minimale du contrat 1 an, résiliable chaque fois à la fin d'une année civile)

Variante de franchise  ambulatoire CHF 300/stationnaire CHF 1000  ambulatoire CHF 900/stationnaire CHF 3000

Prime mensuelle (maladie et accident)

Prime en CHF

# Déclaration de santé générale

Les questions de santé concernent la personne à assurer

## Données personnelles

Prénom

Nom

## Déclaration de santé

Si vous répondez par «oui» aux questions 1, 2, 3, 7 (Détails [↪](#)), vous devez apporter des indications plus précises sous «Détails relatifs à la déclaration de santé».

\*Si votre enfant atteint l'âge indiqué dans l'année au cours de laquelle débute l'assurance, vous devez répondre aux questions correspondantes.

- 1 Avez-vous
- au cours **des 10 dernières années** suivi un traitement stationnaire (hôpital, clinique de sevrage, cure, réadaptation, etc.)?
  - au cours **des 5 dernières années** consulté un médecin (médecin de famille, psychiatre, etc.) ou un thérapeute (médecine alternative, physiothérapie, consultations diététiques, etc.) ou vous a-t-on communiqué un diagnostic?

Non

Oui (Détails [↪](#))

Par exemple pour cause de maladie ou de troubles des voies respiratoires, des organes respiratoires; du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système cardio-vasculaire; du système nerveux ou du psychisme; des organes digestifs, des organes urinaires ou génitaux; de la peau ou d'allergies; des muscles, des os, des articulations ou de la colonne vertébrale; du métabolisme, du sang ou de maladies infectieuses; des organes sensoriels (yeux, oreilles, nez); de tumeurs ou de cancers; pour cause de problèmes de poids; d'une autre maladie, d'un accident ou d'une malformation.

- 2 Suivez-vous actuellement un traitement ou avez-vous prévu d'en suivre un auprès d'un médecin, d'un dentiste et/ou d'un thérapeute (analyses, opération, traitement de médecine alternative, prévention, examen de contrôle, etc.)?

Non

Oui (Détails [↪](#))

Un implant ou un corps étranger vous a-t-il été posé (implant mammaire, prothèse, prothèses articulaires, anneau gastrique, stent, etc.)?

Non

Oui (Détails [↪](#))

- 3 Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des 5 dernières années? Si oui, indiquer le nom des médicaments sous détails relatifs à la déclaration de santé.

Non

Oui (Détails [↪](#))

- 4 Avez-vous effectué un test de dépistage du VIH et quel en a été le résultat?

Résultat négatif ou pas de test

Résultat positif

- 5 Prenez-vous ou avez-vous pris des drogues (cocaïne, héroïne, stupéfiants, etc.)?

Non

Oui

\* 12 ans

Si oui, nom de la/des drogue/s, fréquence et période de temps.

Prénom

Nom

Buvez-vous ou avez-vous bu régulièrement plus de 0,5 l de vin ou 1 l de bière ou 1,5 dl de spiritueux par jour?

Non  Oui  
\* 12 ans

Avez-vous fumé au cours de ces 5 dernières années?

Non  Oui  
\* 12 ans

Si oui, nombre de cigarettes par jour

J'ai totalement arrêté depuis (mois/année):

Si oui, nombre de cigares, pipes, etc. par semaine

J'ai totalement arrêté depuis (mois/année):

Si oui, nombre de joints par semaine

J'ai totalement arrêté depuis (mois/année):

6

Taille:

cm

Poids actuel:

kg

\* 6 ans

Femmes: En cas de grossesse poids juste avant la grossesse:

kg

(En cas de maternité, un délai de carence de 9 mois est applicable, calculé à partir du début de l'assurance.)

7

Percevez-vous ou avez-vous perçu au cours des 5 dernières années des indemnités journalières, une rente ou des prestations d'une autre assurance (p. ex.: AI, AA, AM, indemnités journalières en cas de maladie, etc.)? Dans l'affirmative, prière de joindre une copie de la décision (p. ex.: attestation AI).

Non  Oui (Détails [C](#))

Non  Oui (Détails [C](#))

Avez-vous subi une incapacité de travail totale ou partielle de plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ou êtes-vous actuellement en incapacité de travail?

8

8. Vous a-t-on déjà refusé des propositions d'assurance pour une assurance-vie, accidents ou maladie ou celles-ci ont-elles été acceptées à des conditions plus sévères (p. ex.: exclusion de couverture)?

Non  Oui

Si oui, pour quelles raisons et auprès de quel assureur?

9

Nom et adresse du médecin le mieux informé de vos antécédents médicaux:

## Détails relatifs à la déclaration de santé

Se rapporte à la question n°	Diagnostic	Partie du corps Localisation: gauche/droite	Motif, cause, précisions, remarques, symptômes	Fréquence (unique, toutes les 3 semaines, en permanence, etc.)	Traitement, douleurs (mois/année) du au		Type de traitement (opération, physiothérapie, imagerie, radiographies, CT, médicaments, etc.)	Traitement dispensé par (nom et adresse)	Guéri(e) sans séquelles?
									<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

Prénom

Nom

Le proposant ou son représentant légal

Lieu

Date

## Dispositions importantes LCA

Je confirme que les assurances existantes demeurent inchangées. Je désire conclure un/plusieurs contrat(s) sous la forme proposée avec la CSS Assurance SA (nommée ci-après « assureur ») et j'accepte, en approuvant la présente proposition, qu'un contrat séparé soit conclu avec l'assureur pour chaque assurance complémentaire en cas d'admission.

Je me déclare lié(e) au contrat pour quatorze jours (pour quatre semaines en cas d'examens médicaux) et je m'engage, dans le cas de la conclusion d'un contrat, à payer les primes jusqu'à l'échéance de l'assurance.

Je confirme que mes indications figurant sur ce formulaire de proposition – même si les réponses ont été complétées par le/la conseiller(ère) à la clientèle, l'intermédiaire ou une tierce personne – sont correctes et conformes à la vérité. En cas de réponse incomplète ou non conforme à la vérité, l'assureur a le droit de résilier le contrat conformément aux conditions générales d'assurance (CGA) et à la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Je confirme avoir reçu toutes les CGA, les conditions complémentaires (CC) ainsi que les conditions particulières (CP) et en avoir pris connaissance dans leur intégralité. En outre, je confirme que m'ont été fournies et remises les informations selon l'art. 3 LCA et l'art. 45 de la loi sur la surveillance des assurances (LSA) par le biais d'une fiche d'aperçu.

En cas de modifications d'assurance, les conditions particulières existantes (comme les exclusions de prestations, etc.) continuent d'être valables dans la même mesure également pour le produit modifié. Je m'engage à annoncer immédiatement à l'assureur une sortie du cercle d'assurés d'un contrat-cadre en assurance-maladie complémentaire. J'autorise l'assureur à vérifier l'appartenance au cercle d'assurés d'un contrat-cadre en assurance-maladie complémentaire. Je confirme avoir été informé(e) sur les conditions de l'état, de la modification et de la perte des rabais mentionnés dans la présente proposition et qui me concernent.

J'autorise la CSS Assurance SA à traiter mes données dans la mesure nécessaire pour l'examen de la proposition, l'examen d'un éventuel cas de réticence, le traitement des sinistres, le Managed Care et le marketing. A cet effet, la CSS Assurance SA peut effectuer un profilage.

J'autorise en outre la CSS Assurance SA, dans la mesure nécessaire pour l'évaluation de la couverture d'assurance, l'examen d'un éventuel cas de réticence et le traitement des sinistres, à fournir des renseignements aux médecins, aux autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à leur demander les renseignements utiles. Dans ce cas, je libère les personnes sollicitées de leur obligation légale de garder le secret à l'égard de la CSS Assurance SA.

J'accepte que la CSS Assurance SA, d'autres assureurs du Groupe CSS qui ne sont pas des partenaires contractuels et d'éventuels intermédiaires traitent mes données dans les buts susmentionnés.

Cette proposition est valable sous réserve de modifications de l'offre et de primes ainsi que de l'approbation de l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA). La conclusion du contrat requiert l'approbation de la direction générale de l'assureur. L'entité juridique est la CSS Assurance SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerne.

J'admets que la conclusion de l'International Health Plan (IHP) ne me dispense pas automatiquement de l'obligation légale de m'assurer dans le pays de séjour concerné. Il appartient au preneur d'assurance de s'informer au sujet des obligations de s'assurer spécifiques au pays.

## Conditions particulières

En raison de prescriptions réglementaires, cette proposition n'est valable que si la personne à assurer selon la proposition réside encore en Suisse au moment de la conclusion de l'assurance. En complément à l'art. 6 des conditions générales d'assurance (édition 01.2009), cela vaut également pour les nouveaux-nés.

### Signatures (Assurance selon LCA)

Lieu	Date	Le proposant ou son représentant légal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	Date	L'intermédiaire ou le conseiller
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de personne du conseiller à la clientèle	N° Agence	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CSS Assurance SA  
International Health Plan  
Tribschenstrasse 21  
Case postale 2568  
CH-6002 Lucerne

ihp.info@css.ch

