



DEMANDE D'ADMISSION / ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Application for admission / Complementary health insurance

VALABLE DÈS LE / VALID AS OF

ID GPAFI

PERSONNE ASSURÉE / INSURANCE HOLDER

Assuré principal / Primary insured

Conjoint / Spouse

Enfant / Child

Sexe / Gender

Masculin / Male

Féminin / Female

Nom / Family name

Prénom / First name

Date de naissance / Date of birth

Nom de l'assuré principal / Name of the primary insured

Adresse / Address

Rue, N° / Street, No

Code postal, ville / Postcode, town

Pays / Country

Tél. / Tel.

E-mail / E-mail

Nom de l'organisation / Name of the organization

Nom de l'assurance maladie de l'organisation /
Name of the organization's health insurance

Date d'affiliation à l'assurance maladie de l'organisation /
Date of affiliation to the organization's health insurance

Langue de correspondance / Language of correspondence

Français / French

Anglais / English

Les pièces suivantes doivent obligatoirement être jointes à la demande d'admission :

The followings documents must be attached to the application for admission:

- Une copie d'une pièce d'identité valable (carte d'identité, passeport, carte de légitimation)
A copy of a valid identity document (ID, Passport, Legitimation card)
- En raison des nouvelles exigences des banques et afin de faciliter les remboursements, une copie d'un relevé d'identité bancaire, mentionnant les codes IBAN et BIC/SWIFT, ainsi que le nom du titulaire du compte
Due to new requirements of banks and to facilitate reimbursement, a copy of the account information, showing the IBAN and BIC/SWIFT codes, and the name of the account holder

PRIME MENSUELLE / MONTHLY PREMIUM

CHF

Réduction éventuelle / Possible discount

10% pour affiliation immédiate / 10% for immediate membership
50% pour 3ème enfant ou suivant / 50% for 3rd child or next

Questionnaire de santé / Health questionnaire

Le preneur d'assurance doit répondre de manière complète et conforme à la vérité. Toute omission ou inexactitude peut entraîner une résiliation de l'assurance sans remboursement de primes. Le preneur d'assurance autorise le médecin à transmettre au médecin conseil de l'assurance des informations médicales sur son état de santé.

The applicant must answer fully and truthfully. Any omission or inaccuracy can entail a cancellation of the insurance without any premium refund. The applicant allows the doctor to transmit medical information about his state of health to the insurance medical adviser.

	1. TAILLE / HEIGHT	CM	POIDS / WEIGHT	KG		OUI YES	NON NO
2.	Etes-vous actuellement malade ou incapable de travailler ? Are you ill or incapable of working at present?						
3.	Souffrez-vous actuellement de problèmes de santé, douleurs, maladies, troubles psychiques, infirmités, séquelles d'une maladie ou d'un accident, problèmes dentaires ou autres ? Do you at present suffer from health problems, pains, illnesses, psychological disorders, infirmities, consequences of an illness or accident, dental problems or other?						
4.	Prenez-vous ou vous a-t-on prescrit des médicaments à prendre régulièrement (par exemple des somnifères, des antidépresseurs, contre les douleurs, pour le traitement du cholestérol, de l'hypertension artérielle, de la prostate, etc.) ? Do you take any drugs on a regular basis or have drugs been prescribed for you to take on regular basis? (for example sleeping pills, antidepressants, against pains, for treatment of high cholesterol, high blood pressure, prostate, etc.)?						
5.	Au cours des 12 prochains mois, vous a-t-on conseillé ou envisagez-vous un examen, un traitement médical, un traitement dentaire ou orthodontique, des séances de psychothérapie, physiothérapie ou de médecine naturelle, une hospitalisation, une cure ou tout autre traitement ou thérapie ? Over the next 12 months, do you consider or have you been recommended examination, medical treatment, dental or orthodontic treatment, sessions of psychotherapy, physiotherapy or alternative medicine, hospitalization, cure, or any other treatment or therapy?						
6.	Au cours des 5 dernières années, vous êtes-vous rendu(e) chez un médecin, un thérapeute, un naturopathe, en cure ou dans un établissement hospitalier, avez-vous suivi un traitement médical ou tout autre traitement, avez-vous subi des examens particuliers, avez-vous pris des médicaments ? In the course of the past 5 years have you consulted a doctor, therapist or naturopath, stayed in a cure center or hospital, undergone a medical treatment or any other treatment, undergone special examinations, taken any drugs?						
7.	S'il s'agit d'une femme, êtes-vous enceinte ? For women only: are you pregnant?						
8.	Nom et adresse de votre médecin traitant ou médecin de famille (<i>obligatoire</i>) : Name and address of your attending doctor or family doctor (<i>compulsory</i>):						

Si vous avez répondu Oui à une des questions 2 à 6, prière de fournir les précisions suivantes :

If you answered Yes to questions 2 to 6, please provide the following details:

Question n° Question No.	Genre de maladie, diagnostic médical, médicaments Type of illness, medical diagnosis, drugs	Depuis (mm/aaaa) Since (mm/yyyy)	Durée Duration	Guéri ? Healed?		Nom et adresse du médecin Name and address of the doctor
				Oui Yes	Non No	

Si vous manquez de place, vous pouvez continuer sur une autre page. / If you need more space, you can continue on an other page.

DATE

SIGNATURE