

PROCÈS-VERBAL DE CONSEIL.

Date de l'entretien-conseil (jour/mois/année)
Nom de la/des personne(s)
de conseil

PRENEUR/PRENEUSE D'ASSURANCE

(Prière de remplir en majuscules et minuscules en indiquant les éventuels accents.)

Nom
Prénom
Date de naissance (jour/mois/année)

AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE

Nom
Prénom
Date de naissance (jour/mois/année)

Nom
Prénom
Date de naissance (jour/mois/année)

Nom
Prénom
Date de naissance (jour/mois/année)

Avant la conclusion de la/des proposition(s) d'assurance, j'ai été conseillé(e)/informé(e)/nous avons été conseillé(e)s/informé(e)s en détail au sujet des points suivants, dont je prends/nous prenons bonne note et avec lesquels je suis/nous sommes entièrement d'accord (merci de cocher les points mentionnés):

ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS (AOS)

Conditions du ou des modèles d'assurance choisi(s) (modèles FAVORIT)
Franchise choisie et coûts annuels maximums qui en résultent

ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SELON LA LOI SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE (LCA)

Tarif SWICA selon l'âge de conclusion/l'âge effectif
Droits/obligations découlant du système de bonus BENEVITA
Participation aux coûts pour les produits COMPLETA TOP, COMPLETA FORTE, OPTIMA et HOSPITA (y compris la variante HOSPITA FLEX)
La participation aux coûts prévue par la loi/le contrat ainsi que l'imputation de la participation aux coûts de l'assurance de base à celle des assurances complémentaires de SWICA
Délai de carence en cas de maternité pour les produits HOSPITA et GLOBAL CARE (360 jours à compter du début de l'assurance)
Conséquences en cas de comportement contraire au contrat et en cas d'informations non conformes à la vérité sur la personne et sur la santé concernant l'évaluation du risque (réticence)
Je renonce/Nous renonçons expressément aux assurances complémentaires selon la LCA auprès de SWICA.

Tout changement ultérieur de l'état de santé concernant les faits indiqués dans la déclaration de santé doit être signalé avant la conclusion de l'assurance (remise de la confirmation d'admission ou de la police). Seule exception si le produit «Assurance de capital risque en cas de décès et d'invalidité par suite de maladie (MDI)» a été conclu. Cela vaut en particulier pour les maladies et/ou accidents survenant après l'établissement de la proposition d'assurance.

En cas d'inclusion du risque accident dans les assurances complémentaires SWICA ou pour les assurances complémentaires SWICA qui couvrent uniquement le risque accident, les accidents et leurs séquelles ne sont assurés que si l'événement survient pour la première fois après le début de l'assurance.

DIVERS

Je certifie/Nous certifions par la présente que le rendez-vous de conseil qui a conduit à la proposition n'a pas été pris sur la base d'une acquisition à froid par téléphone.

Je certifie/Nous certifions par la présente avoir reçu les informations suivantes:

Informations conformément à l'article 3 LCA (en particulier sur les risques assurés, les primes dues et autres obligations du preneur/de la preneuse d'assurance, l'étendue de la couverture et des prestations [y compris l'inclusion/l'exclusion d'une couverture accident], au sujet du fait qu'il s'agisse d'une assurance de somme ou d'une assurance de dommages, de la durée et fin du contrat d'assurance, du droit de révocation selon l'art. 2a LCA [y compris la forme et le délai de la révocation], du délai pour remettre la déclaration de sinistre et de la validité temporelle de la couverture d'assurance)

Les conditions générales d'assurance, conditions spéciales, conditions d'assurance supplémentaires et dispositions particulières applicables

Informations selon l'art. 45 de la loi sur la surveillance des assurances (en outre pour les intermédiaires d'assurance non lié(e)s: divulgation des rémunérations selon l'art. 45b de la loi sur la surveillance des assurances)

Information qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts au sens de l'art. 45a de la loi sur la surveillance des assurances ou divulgation de ces conflits s'il en existe

PROTECTION DES DONNÉES

La Déclaration de protection des données a été remise au client/à la cliente ou l'accès à cette Déclaration de protection des données lui a été garanti.

Remarques particulières:

Je confirme/Nous confirmons par la présente que le conseiller/la conseillère m'a/nous a fourni des informations détaillées au sujet des points cochés dans ce formulaire, que je/nous les comprends/comprenons et les accepte/acceptons entièrement.

Lieu/date

Signature du preneur/de la preneuse d'assurance

Signature conjoint(e)/partenaire

Signature du jeune de plus de 18 ans

Signature du jeune de plus de 18 ans

Nom et signature du conseiller/de la conseillère

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / [swica.ch](https://www.swica.ch)

