

## Bulletin d'adhésion

### Contrat collectif entre FVE et Philos pour l'indemnité maladie Patrons Indépendants

Nouvelle adhésion

Modification de couverture

#### Informations relatives à l'entreprise

N° affilié FVE \_\_\_\_\_  
Raison sociale \_\_\_\_\_  
Domaine d'activité \_\_\_\_\_ N° IDE \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ NPA/Localité \_\_\_\_\_  
N° IBAN \_\_\_\_\_  
Nature juridique  Raison individuelle  SNC  SA  Sàrl  autre : \_\_\_\_\_

#### Indemnité journalière collective selon LAMal

##### Assurance antérieure

Contrat existant auprès d'un autre assureur:  non  oui, lequel \_\_\_\_\_

Ce contrat a-t-il été ou sera-t-il résilié par l'assureur  non  oui, motif \_\_\_\_\_

##### Patrons Indépendants

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Revenu assuré en CHF \_\_\_\_\_ Entrée en vigueur<sup>1</sup> désirée \_\_\_\_\_

Couverture<sup>2</sup> 80% du salaire :  délai d'attente 14 jours, risque maladie (5.80%)

délai d'attente 14 jours, risque maladie et accidents (7.00%)

délai d'attente 30 jours, risque maladie (3.50%)

délai d'attente 30 jours, risque maladie et accidents (4.45%)

<sup>1</sup>Le délai d'attente est conclu pour une durée d'une année civile au minimum

<sup>2</sup>Le contrat est signé pour une durée initiale de trois années civiles pleines

#### Règles administratives

Seuls les indépendants affiliés à la FVE, peuvent adhérer aux contrats-cadre susmentionnés. En cas de démission de la FVE, de cessation d'activité, de faillite ou d'exclusion, l'assurance est résiliée à la date prise en considération par la FVE. En cas de changement de raison sociale, la nouvelle entreprise remplit un nouveau bulletin d'adhésion.

Sous réserve de l'acceptation par la caisse, l'affiliation est déterminée **par le questionnaire "Etat de santé"** à remplir de manière complète pour chaque assuré. Les formulaires sont à joindre dans une enveloppe, à l'attention de Philos Assurance Maladie SA, à l'att. de M. Edouard Rey, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny.

La facturation des primes s'effectue automatiquement chaque trimestre; le non-paiement des primes entraînera la suspension ou la résiliation de l'assurance.

L'entreprise déclare avoir pris connaissance des règles susmentionnées, ainsi que des conditions d'assurance.

Seuls font foi les dispositions du contrat d'assurance..

#### Signature

Lieu et date \_\_\_\_\_ Sceau et signature \_\_\_\_\_

## Souscription à l'assurance indemnité journalière LAMal Contrat cadre FVE « Patrons indépendants »

Gestionnaire \_\_\_\_\_ Contrat \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Assuré \_\_\_\_\_

### Données personnelles de la personne à assurer

Madame  Monsieur

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

N° AVS \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_ Permis de séjour \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ NPA/Localité \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Début d'activité \_\_\_\_\_

### Questionnaire médical

1. Indiquer votre corpulence Taille \_\_\_\_\_ cm Poids \_\_\_\_\_ kg  
2. Prenez-vous actuellement des médicaments ou en avez-vous pris régulièrement au cours des 5 dernières années ?  Non  Oui

Si oui, lesquels \_\_\_\_\_

3. Avez-vous été hospitalisé, victime d'un accident ou suivi un traitement médical ou psychothérapeutique au cours des 5 dernières années ? une hospitalisation est-elle envisagée ?  Non  Oui  
4. Avez-vous été en incapacité de travail de plus de 14 jours au cours des 2 dernières années, ou êtes-vous actuellement en incapacité de travail ?  Non  Oui  
5. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies de dépendance (drogue, médicament, alcool) ?  Non  Oui  
6. Vous êtes-vous soumis(e) à un test du sida dont le résultat a été positif ?  Non  Oui

Si vous avez répondu à oui à une des questions 2 à 5, prière de compléter le tableau suivant :

N°	Genre de maladie ou d'accident (diagnostic, médicaments)	Année	Durée de traitement	Opéré(e)	Incapacité de travail	Guéri(e) sans suite	traitant/hôpital/adresse
				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Durée :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Durée :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Durée :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Durée :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

### Couverture d'assurance

1. Bénéficiez-vous d'indemnités journalières ou de rentes de l'AI, de l'assurance maladie ou accident ou d'autres assureurs, ou en avez-vous fait la demande  Non  Oui

Nom de l'assureur social et/ou Privé : \_\_\_\_\_

2. Une couverture indemnité journalière, LPP ou soins médicaux, a-t-elle été grevée d'une réserve, refusée ou limitée à certaines prestations déterminées ?  Non  Oui

Si oui, motif et nom de l'assureur concerné ? \_\_\_\_\_

3. Avez-vous déjà épuisé votre droit à une assurance indemnité journalière auprès d'un autre assureur ?  Non  Oui

4. En tant qu'employé, étiez-vous couvert par votre dernier employeur pour la perte de salaire ?  Non  Oui

Si non, date de la fin des rapports de travail \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur \_\_\_\_\_

### Remarques

---

---

---

---

### Déclaration de la personne à assurer

Je déclare par ma signature avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées et atteste que les réponses écrites par une tierce personne sont conformes à mes indications. Pour toutes les questions relatives à ce questionnaire, je délie les médecins, le personnel paramédical, les hôpitaux, les assureurs précédents et les autres assureurs de leurs obligations de garder le secret envers l'assureur. J'autorise l'assureur à traiter les données nécessaires. L'assentiment est également valable pendant la durée de l'assurance. En cas de fausses déclarations ou déclarations incomplètes, les prestations sont refusées par l'assureur. Philos Assurance Maladie SA se réserve le droit d'examiner l'admission sur la base des renseignements obtenus.

Lieu et date :

Signature de la personne à assurer :

---