

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 vigueur¹ désirée _____

Taux applicable dès le 1er janvier 2025

- Couverture² 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%)

¹Le délai d'attente est conclu pour une durée d'une année civile au minimum

²Le 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	Médecin 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 délègue 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 :
