



CODE PARTENAIRE 007

# Demande d'adhésion

Réf. SSC-SC-FR-2016



Offre gérée par Unirisc SA, membre du groupe Swiss Risk & Care





## Votre souscription en 4 étapes



### Étape 1

**Vous complétez et adressez votre dossier daté et signé à :**

Unirisc SA  
Offre Swiss Student Care  
Route de Thonon 63 - 1222 Vézenaz - Suisse



### Étape 2

**Unirisc SA analyse votre demande d'adhésion**

En cas d'acceptation de votre dossier, Unirisc SA vous confirmera votre affiliation à l'offre Swiss Student Care.



### Étape 3

**Suite à votre affiliation, vous recevrez par email** les documents suivants :

- votre police d'assurance
- les conditions générales d'assurance
- un guide pratique pour vous accompagner dans vos démarches



### Étape 4

**Vous recevrez par courrier postal** dans les semaines suivantes votre carte Tiers-Payant à présenter lors de vos soins pour éviter l'avance de frais.

Gagnez en souplesse et facilitez-vous la vie  
avec la souscription en ligne !



SIMPLICITÉ



RAPIDITÉ



SÉCURITÉ



[www.swiss-student-care.ch](http://www.swiss-student-care.ch)



MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

**ASSURÉ(E)**

Civilité  Madame/Mademoiselle  Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance  JJ /  MM /  AAAA

Nationalité

État civil  Marié  Célibataire

Statut  Etudiant  Doctorant  Stagiaire

Numéro de téléphone +  /

Email

École

Langue de correspondance  Français  English  Deutsch

**Adresse en Suisse**

Adresse postale

Code postal  Ville

Canton

**Adresse en dehors de la Suisse**

Adresse postale

Code postal  Ville

Pays

## CHOIX DE LA COUVERTURE

Je choisis ma couverture en fonction de la franchise annuelle et de la périodicité de paiement de la prime.

### VOTRE PACKAGE

SANTÉ offre COMFORT	Périodicité Cotisation		
	Trimestre	Semestre	Année
Franchise annuelle			
CHF 0	CHF 281 <input type="checkbox"/>	CHF 560 <input type="checkbox"/>	CHF 1'112 <input type="checkbox"/>
CHF 100	CHF 251 <input type="checkbox"/>	CHF 500 <input type="checkbox"/>	CHF 994 <input type="checkbox"/>
CHF 300	CHF 221 <input type="checkbox"/>	CHF 440 <input type="checkbox"/>	CHF 876 <input type="checkbox"/>

Date d'effet souhaitée   /   /

Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de la prime. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par Unirisc SA

<b>ASSISTANCE</b>	<b>INCLUS</b>
Couverture d'assistance médicale monde entier, assistance bagage et protection juridique à l'étranger	
<b>RESPONSABILITÉ CIVILE</b>	<b>INCLUS</b>
Couverture monde entier limitée à CHF 3'000 000	

### VOS OPTIONS POUR UNE COUVERTURE COMPLÈTE

<b>SANTÉ Option PREMIUM</b>	Trimestre	Semestre	Année
Chambre privée en cas d'hospitalisation en Suisse*	+ CHF 191 <input type="checkbox"/>	+ CHF 380 <input type="checkbox"/>	+ CHF 757 <input type="checkbox"/>
<b>HABITATION (Logement)</b>	Trimestre	Semestre	Année
Couverture du logement en Suisse limitée à CHF 35'000/sinistre*	+ CHF 22.50 <input type="checkbox"/>	+ CHF 45 <input type="checkbox"/>	+ CHF 90 <input type="checkbox"/>

Date d'effet souhaitée   /   /

Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de la prime. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par Unirisc SA

\* soumis à questionnaire préalable

<b>CAPITAL EN CAS D'ACCIDENT</b>	Trimestre	Semestre	Année
Couverture capital accident monde entier en cas d'invalidité ou décès	+ CHF 75 <input type="checkbox"/>	+ CHF 150 <input type="checkbox"/>	+ CHF 300 <input type="checkbox"/>

## CALCUL DE LA COTISATION

Choix de la périodicité de la cotisation  Trimestre  Semestre  Année

La périodicité de cotisation doit être la même pour l'ensemble des couvertures souscrites. A noter que le paiement de votre première cotisation est indispensable pour permettre la libération des prestations si votre dossier a été validé. Voir en page 7 pour définir vos modalités de paiement

Montant de la prime périodique dûe :

..... + ..... + ..... + ..... = .....

SANTÉ COMFORT    OPTION PREMIUM    HABITATION    CAPITAL ACCIDENT    **Total cotisation dûe**

## SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je soussigné(e), reconnais avoir lu et approuvé les Conditions Générales et être en pleine capacité pour souscrire cette offre. Je certifie que les réponses données sur le présent formulaire et dans la déclaration de santé sont exactes, véridiques et complètes, à défaut de quoi toute réticence ou omission pourra entraîner la résiliation du (ou des) contrat(s) d'assurance et le refus de prestations de(s) l'assureur(s).

Fait le :   /   /

Signature de l'assuré(e)

## DÉCLARATION DE SANTÉ

**Attention :** il est dans votre intérêt de remplir ce questionnaire de manière complète et véridique afin de permettre à l'assureur d'apprécier correctement le risque d'assurance. Le cas échéant, et dans le strict respect de la législation sur la protection des données, ces informations seront susceptibles de permettre à nos médecins et aux opérateurs de la centrale d'alarme et d'appel de vous assister le plus efficacement possible durant votre séjour et vos déplacements. Les Médecins Conseil des organismes assureurs se réservent le droit de demander des examens médicaux complémentaires, en lien avec les informations renseignées au moment de l'adhésion. Cette déclaration de santé est valide 6 mois. Elle ne peut donc être remplie qu'au cours des 6 mois précédents la date de début du contrat.

### Question 1

Êtes-vous actuellement en bonne santé ?  OUI  NON  
Si non, préciser votre réponse

.....  
.....

### Question 2

Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 5 dernières années ou est-il prévu que vous soyez hospitalisé(e) au cours des 6 prochains mois ?

OUI  NON

Si oui, indiquer le motif et l'année de chaque hospitalisation

.....  
.....

### Question 3

Suivez-vous actuellement un traitement ?  OUI  NON  
Si oui, indiquer le traitement en cours

.....  
.....

### Question 4

Prenez-vous actuellement des médicaments ?  OUI  NON  
Si oui, préciser lesquels

.....  
.....

### Question 5

Pour les femmes : êtes-vous actuellement enceinte ?  OUI  NON

### Question 6

Quel est votre poids ?   Kg

### Question 7

Quelle est votre taille ?    cm

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

Par ma signature, je délègue les fournisseurs de prestations, assureurs-maladie, médecins conseils et autres services compétents de leur obligation légale et contractuelle de garder le secret vis-à-vis de la société Unirisc SA et d'autres assureurs conformément aux assurances que j'ai demandées, et je les autorise à fournir tous les renseignements nécessaires en relation avec l'assurance demandée (pour l'examen du risque et pour la vérification de la réticence).

Fait à  le   /   /

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « Lu et approuvé »

.....  
.....  
.....



MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

## QUESTIONNAIRE HABITATION

A compléter uniquement si vous souhaitez souscrire la couverture Habitation

### Question 1

Êtes-vous ou étiez-vous assuré(e) en couverture Habitation ?

OUI       NON

Si oui, indiquer le nom de la compagnie d'assurance

.....  
.....

### Question 2

Est-ce que cette assurance a été ou va être résiliée ?

OUI       NON

Si oui, indiquer la date de résiliation et le motif

.....  
.....

### Question 3

Une compagnie d'assurance vous a-t-elle refusé d'assurer le risque ?

OUI       NON

Si oui, indiquer les raisons

.....  
.....

### Question 4

Des sinistres ont-ils été indemnisés au cours des 5 dernières années ?

OUI       NON

Si oui, préciser les sinistres survenus

.....  
.....

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

Fait à  le  JJ /  MM /  AAAA

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « **Lu et approuvé** »

.....  
.....



## MODE DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Tous les règlements de remboursement se font par virement bancaire.

### Vos coordonnées bancaires :

IBAN

A compléter si la personne à rembourser est différente de l'assuré(e)

Civilité  Madame  Monsieur

Nom

Prénom

Adresse postale

Code postal  Ville

Pays

Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais peuvent être retenus par votre banque.

## MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRIME

### PAIEMENT 1<sup>ère</sup> ECHEANCE

Merci de cocher un seul mode de paiement

**Virement bancaire** à l'ordre d'Unirisc

IBAN Unirisc SA

Important : Nom du payeur de prime (si différent de la personne à assurer)

Paiement par **Bulletin de versement**

Merci de compléter le bulletin de versement joint à ce dossier et de le donner à votre banque suisse. Si vous ne disposez pas d'un compte bancaire en Suisse, vous pouvez l'apporter directement à un bureau de poste et payer en argent comptant

### PAIEMENTS SUIVANTS

Merci de cocher un seul mode de paiement

**Virement bancaire** à l'ordre d'Unirisc

IBAN Unirisc SA

Important : Nom du payeur de prime (si différent de la personne à assurer)

Paiement par **Bulletin de versement**

Après acceptation de votre dossier, nous vous ferons parvenir des bulletins de versement. Vous devrez apporter ces bulletins à votre banque suisse dans le mois suivant sa réception. Si vous ne disposez pas d'un compte bancaire en Suisse, vous pouvez apporter les bulletins directement à un bureau de poste et payer en argent comptant

Paiement par **Mandat de prélèvement automatique**

Débit de mon compte bancaire (LSV+)  Débit de mon compte postal (Débit Direct)

Fait le :   /   /

Signature de l'assuré(e)



Effectuez votre demande d'adhésion  
c'est simple !



COMPLÉTEZ



DATEZ ET SIGNEZ



ENVOYEZ

Merci d'adresser votre demande d'adhésion complétée à :

Unirisc SA  
Offre Swiss Student Care  
Route de Thonon 63  
1222 Vézenaz - Suisse