

Prévoyance TNS Swiss Relais Ténor

Vous allez découvrir ci-après la proposition d'assurance qui comprend :

- Les **éléments indispensables** pour établir le ou les contrats
 - ➔ Merci de renseigner les numéros de téléphone personnel et professionnel qui sont importants pour faciliter notre contact
- Les **garanties choisies**
- La **déclaration de santé**
Le proposant à l'assurance doit répondre à toutes les questions.
Merci de nous fournir tous documents médicaux utiles pour une analyse rapide du dossier par le médecin-conseil du service médical de la Compagnie.

Le cas échéant, suivant les garanties choisies :

- Les **formalités médicales** à effectuer : afin de simplifier et faciliter vos démarches, SwissLife Prévoyance et Santé met à votre disposition 2 centres qui réalisent **en un seul rendez-vous** l'ensemble de vos examens médicaux :
 - Centre A.R.M. (Analyse du Risque Médical)
 - Espace Européen de santé

Votre interlocuteur

Code : N° Orias :

Date d'effet souhaitée : | | | | | | | | | |

N° de
personne.....

N° de client
intermédiaire.....

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom
Prénom Compl. d'identité

[illegible]

☐ Personne à assurer (si différente du souscripteur) :

Si conjoint collaborateur, préciser son Nom : Prénom : Date de naissance :

Profession précise :

Informations personnelles :

Date de naissance : | | | | | | | | | |

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (veuve) ☐ Concubin(e)
Enfant(s) à charge ☐ oui ☐ non

Profession très précise :

☐ Exploitant agricole ☐ Artisan ☐ Commerçant ☐ Chef d'entreprise☐ Profession libéraleRégime social ☐ S.S. ☐ T.N.S. ☐ Agricole

Fax | | | | | | | | | | e-mail:

Activité Date de création : Nombre de collaborateurs :

☐ Bureau ☐ Activité manuelle ☐ Déplacements fréquents

Dernier niveau - de revenu professionnel net déclaré (**obligatoire**) : euros/an

- de frais généraux euros/an pour Swiss Relais Remboursement des frais généraux

Loi Madelin

☐ oui ☐ non

➤ Si oui, je déclare sur l'honneur être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux obligatoires de sécurité sociale et avoir été informé(e) que le maintien de l'affiliation au contrat est subordonné au paiement de ces cotisations.

Signature :

☒ Je demande à adhérer à l'AGIS (Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité), association loi 1901 dont le siège est au 86 boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08, moyennant le paiement du droit unique d'entrée (non dû si vous êtes déjà adhérent à l'AGIS) de **7 €**

Professions libérales

☐ oui ☐ non

► Si oui, je déclare sur l'honneur, en tant que profession libérale, bénéficier d'indemnités journalières par mon régime professionnel à compter du 91^e jour d'arrêt de travail.

- **Capital décès** : le contrat prévoit le versement du capital en cas de Décès de l'assuré :
 - en priorité à son conjoint non séparé judiciairement,
 - à défaut, à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité,
 - à défaut, par parts égales entre eux, à ses enfants légitimes, reconnus ou adoptés, vivants ou représentés,
 - à défaut, par parts égales entre eux, à ses parents et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant d'entre eux,
 - à défaut, à ses héritiers.

(Si cette clause ne convient pas, veuillez préciser, ci-dessous, le ou les bénéficiaires de votre choix).

Nom : Prénom : Date de naissance : | | | | | | | |

- **Rente viagère de conjoint** : le conjoint ou partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, désigné ci-après

Nom : Prénom : Date de naissance :

- **Rente éducation** : les enfants désignés ci-après

Nom

Prénom

Date de naissance

1 ^{er} enfant	
------------------------	--

[illegible][illegible]

 Swiss Relais Maintien des revenus

(Dispositions générales Mod. 5335)

 Swiss Relais Remboursement des frais généraux

(Dispositions générales Mod. 5338)

Montant des garanties mensuelles en €		Franchises		Durée de versement	Cotisations mensuelles en €
Revenus	Frais généraux	Accident/Hospitalisation/Maladie			
Assuré ☐ Créateur d'entreprise (- 15 % sur le tarif les 2 premières années de création)					
Tarif MED ☐ AC1 ☐ AC2 ☐ AC3 ☐ AC4 ☐ KI ☐ PL1 ☐ PL2 ☐ EA ☐					
Conjoint collaborateur ☐ Souscription simultanée (- 10 % sur le tarif du conjoint)					
Tarif MED ☐ AC1 ☐ AC2 ☐ AC3 ☐ AC4 ☐ KI ☐ PL1 ☐ PL2 ☐ EA ☐					
Assuré Garantie rente invalidité ☐ oui ☐ non Montant mensuel € Si médecin : ☐ Barème Invalidité professionnelle ☐ Barème croisé Invalidité fonctionnelle x professionnelle					

Garanties choisies

Ténor

Tarif et classe professionnelle
T1 T2 T3 T4

Décès	Nombre d'unités		Montant de la garantie en €		Cotisation mensuelle en €
	A la date d'effet	2 ans après pour les créateurs*	A la date d'effet	2 ans après pour les créateurs*	
Capital décès					
Option «Maladie graves»	oui non				
Rente viagère de conjoint			/mois	/mois	
Rente éducation			Montant pour un enfant de moins de 12 ans		
Le montant garanti est fonction de l'âge de l'enfant au moment du versement de la rente :	1er enfant		/mois	/mois	
de 12 à 17 ans : 1,5 x le montant ci-contre	2e enfant		/mois	/mois	
de 18 à 25 ans si études : 2 x le montant ci-contre	3e enfant		/mois	/mois	
Maintien de ressources					
IJ + Rente					
Franchise : jours hospitalisation si maladie	jours accident	jours maladie	IJ : /mois	IJ : /mois	
			Rente : /mois	Rente : /mois	
Option «relais régime professionnel» (IJ durée 90 jours)			spécial professions libérales à associer obligatoirement à la garantie IJ+Rente - franchise 90j		
Franchise : jours hospitalisation si maladie	0 jour accident	30 jours maladie	IJ : /mois	IJ : /mois	
Choix de l'indexation des garanties et des cotisations	évolution point AGIRC évolution point AGIRC avec minimum 2 %/an				

* Si option spécial créateurs

Confort Hospitalisation voir Dispositions générales Mod. 5710

Indemnités journalières : €/jour	Garantie chirurgie : option 1 Option 2	
Nbre d'assurés :	Identification :	
Montant total des cotisations mensuelles T.T.C. Ce tarif est valable un mois, sous réserve d'acceptation de l'assureur.		€

Mode de paiement des cotisations

annuel semestriel trimestriel mensuel uniquement par prélèvement automatique

Prélèvement automatique oui non le 5 le 10 le 20 le dernier jour du mois

Si oui, compléter une autorisation de prélèvement et joindre un relevé d'identité bancaire.

J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

Acompte

je verse un acompte de euros pour une période de garantie de mois à titre de provision.

ou je demande le prélèvement automatique de l'acompte (droit d'entrée AGIS réglé par chèque).

Conditions et modalités de renonciation aux contrats Swiss Relais et Confort Hospitalisation

Je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir de la date de conclusion du contrat (date des dispositions personnelles), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L112-9 du Code des assurances. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à la Direction Services Clients SwissLife Prévoyance et Santé – 60 boulevard de la Liberté – 59717 Lille cedex 09. Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre figurant au dos de la présente proposition. La résiliation du contrat prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception par l'assureur. Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées aux dispositions générales qui vous sont remises.

Article L 112-9 premier alinéa du Code des assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation».

Conditions et modalités de renonciation au contrat Ténor

Conformément à l'article L 132-5-1 du code des assurances, vous avez la faculté de renoncer au contrat dans un délai de 30 jours à partir de sa date de conclusion (date des dispositions personnelles). Pour l'exercice du droit à renonciation, vous devez nous adresser votre demande par lettre recommandée avec accusé de réception, selon le modèle figurant au dos de la présente proposition. Dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, nous vous rembourserons l'intégralité des cotisations reçues.

Déclarations et signatures

Je soussigné(e), souscripteur/adhérent

reconnais avoir été informé(e) que :

- L'assureur se fonde, pour établir les relations précontractuelles, sur le Code des assurances. La loi applicable au présent contrat, régi par le Code des assurances, est la loi française. L'assureur, avec mon accord, s'engage à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française.
- Le contrat ou l'adhésion est conclu pour une durée annuelle. La date de conclusion du contrat ou de l'adhésion est celles des dispositions personnelles qui vous seront adressées.
- A l'expiration de chaque période annuelle, il est reconduit de plein droit d'année en année, sauf en cas de renonciation par moi ou l'assureur dans les conditions prévues par la loi, rappelées aux dispositions générales du contrat.
- déclare avoir
- répondu en toute sincérité aux questions figurant sur la présente proposition et reconnais savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de ma part pourra entraîner les sanctions prévues aux articles L113.8 et L 113.9 du Codes des assurances,
- été informé que le contrat n'entrerait en vigueur qu'après sa signature par la Compagnie, sous réserve des acceptations technique et médicale et du versement de la première cotisation. Cependant, pour les garanties Ténor, l'assuré est couvert immédiatement en cas de décès accidentel si la garantie est acquise au titre de la note de couverture conformément aux dispositions générales de cette garantie reprise au dos de la présente demande de souscription,
- reçu un exemplaire des dispositions générales et en avoir pris connaissance.

Fait à Le

Signature du souscripteur précédée de la mention «lu et approuvé»

Assuré

→ Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Conjoint

→ Nom :

Prénom :

Date de naissance :

➔ Pratiquez-vous une activité sportive ? Dans l'affirmative précisez laquelle et si elle est pratiquée à titre amateur ou professionnel :
➤

➔ Des propositions d'assurance vous concernant ont-elles été refusées ou acceptées avec surprime, ou avez-vous eu un contrat résilié par d'autres organismes d'assurance ?

➔ Etes-vous titulaire d'autres contrat garantissant des prestations en cas de décès, d'incapacité ou d'invalidité ?

➔ Envisagez-vous des déplacements à l'étranger de plus d'un mois en dehors de l'Union Européenne ?
Dans l'affirmative, précisez le nombre de déplacements, la durée de ces derniers et le(s) pays concerné(s) :
➤

Assuré

☐ oui ☐ non

Conjoint

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non

Questionnaire de santé

Si vous estimez que les réponses données dans le questionnaire ci-dessous n'exigent pas de confidentialité particulière, l'ensemble de la proposition sera remis aux services administratifs. Dans le cas contraire, vous pouvez transmettre la présente proposition d'assurance, sous pli cacheté, au médecin-conseil de la société d'assurances.

CADRE A - à compléter dans tous les cas

Merci de préciser :

• votre poids

• votre taille

Assuré

Conjoint

En cas de réponse positive, veuillez préciser :
nature exacte, dates, traitements, évolution,
ou le cas échéant, résultats :

	 kg cm	 kg cm	
1/ Au cours des 5 dernières années, avez-vous :			
- suivi un traitement médical pendant plus de 3 semaines consécutives ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
- été hospitalisé(e) (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
- été en arrêt de travail, même partiel, pour raison de santé plus de 3 semaines consécutives ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
- effectué un examen spécialisé : radio, scanner, IRM, biopsie, fibroscopie, coloscopie, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, mammographie, échographie ... ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
2/ Présentez-vous :			
- une invalidité ? En cas de réponse positive, précisez le taux _____	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
- un handicap ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
- des séquelles d'un accident ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
3/ Actuellement :			
- recevez-vous des soins et/ou traitements médicaux ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
- suivez-vous un régime pour raison médicale ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
- êtes-vous en arrêt de travail ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
4/ A votre connaissance, devez-vous :			
- effectuer des examens médicaux ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
- être hospitalisé(e) ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔

CADRE B - renseignements médicaux complémentaires

Pour Swiss Relais : pour toute personne de 51 ans et plus à assurer OU toute garantie "maintien des revenus" et/ou "frais généraux" supérieure à 2 200 €/mois OU toute garantie de rente invalidité

Pour Ténor : dans tous les cas

En cas de réponse positive, veuillez préciser :
nature exacte, dates, traitements, évolution,
ou le cas échéant, résultats :

6/ Avez-vous été ou êtes-vous atteint(e) d'une des affections suivantes :	Assuré	Conjoint	
a/ Maladies du cœur et des vaisseaux : Comme par exemple : hypertension artérielle, artérite, souffle, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, angine de poitrine, valvulopathie, varices	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
b/ Maladies de l'appareil respiratoire : Comme par exemple : asthme, bronchite, pneumopathie, tuberculose, allergie	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
c/ Maladies de l'appareil digestif : Comme par exemple : ulcère, pancréatite, maladies du foie, affection intestinale, rectale	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
d/ Maladies du système uro-génital : Comme par exemple : affection rénale ou urinaire, vésicale, prostatique, calculs, endométriose	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
e/ Maladies des os, articulations et des muscles : Comme par exemple : arthrose, sciatique, rhumatisme, lombalgie, atteinte des genoux, épaules, hanche, hernie discale, cheville, ligaments, tendons	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
f/ Maladies de peau : Comme par exemple : eczéma, psoriasis, lupus, tumeurs	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
g/ Affections neurologiques : Comme par exemple : accident vasculaire cérébral, épilepsie, méningite, anévrisme, polynévrite, sclérose en plaque	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
h/ Affections psychiques : Comme par exemple : dépression, anxiété, tentative de suicide	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
i/ Maladies endocriniennes : Comme par exemple : thyroïde, diabète, cholestérol	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
j/ Maladies du nez, de la gorge ou de la bouche	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
k/Maladies des yeux . Précisez les chiffres de l'acuité visuelle après correction œil droit œil gauche.....	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
7/ Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) d'un cancer, tumeur, maladies du sang ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔
8/ Avez-vous déjà passé des tests de sérodiagnostic (HIV, hépatite) ?	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	➔

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est **SwissLife Prévoyance et Santé**. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du MédecinConseil pour les informations à caractère médical, et pour les autres données auprès de la **Direction Services Clients**, tous deux situés : **60 boulevard de la Liberté, 59717 Lille cedex 09**.

Les données personnelles recueillies seront utilisées par le Groupe Swiss Life, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel et du secret médical,
- l'envoi de documents sur les produits des sociétés du Groupe Swiss Life. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Je soussigné(e) déclare avoir répondu sincèrement au questionnaire de santé, et n'avoir rien dissimulé. Les réponses ci-dessus serviront de base à l'acceptation des garanties demandées : toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues entraînerait l'application des sanctions prévues aux articles L 113.8 et L113.9 du Codes des assurances.

Fait à

Le

Signature du souscripteur précédée de la mention
«lu et approuvé»

Conditions de réalisation	Cocher les formalités à accomplir
Contrat Swiss Relais : ► pour toute rente d'invalidité d'un montant supérieur à 2 500 €/mois Contrat Ténor : ► Age de souscription inférieur ou égal à 45 ans et lorsque le capital sous risque* est supérieur à 400 000 euros	☐ Formalités de Niveau I ● Rapport du médecin examinateur ● NFS - VS - Plaquettes - Urée - Créatinine - Acide urique ● Glycémie à jeûn - Gamma Gt - ASAT - ALAT ● Cholestérol total - Cholestérol HDL - Cholestérol LDL - Triglycérides ● Sérologies HIV1 et HIV2
Contrat Ténor ► Age de souscription supérieur à 45 ans et lorsque le capital sous risque* est supérieur à 400 000 euros	☐ Formalités de Niveau II ● Formalités de Niveau I ● PSA (uniquement pour les hommes) ● Sucre et albumine dans les urines ● Rapport médical cardiologique avec ECG de repos ● Sérologies hépatite B et C

Rappel

*Détermination des capitaux sous risque

Garantie capital décès ➔ Montant du capital décès en euros

Garantie rente éducation ➔ Montant de la rente éducation mensuelle pour un enfant jusqu'à 11 ans x 1 000

Garantie rente de conjoint ➔ Montant de la rente de conjoint mensuelle x 1 000

Garantie maintien de ressources ➔ Montant de la garantie correspondant aux "IJ" en cas d'incapacité de travail mensuelle x 12 x 0,80 x 10 années

Pour le **calcul des capitaux sous risque**, en cas de choix de garanties multiples : **cumuler** l'ensemble des montants obtenus

**SwissLife Prévoyance et Santé facilite vos démarches et met à votre disposition
2 centres de santé, pour réaliser vos formalités médicales****

ESPACE DE SANTE EUROPEEN

4 Avenue GOURGAUD - 75017 PARIS
TEL : 01 44 15 03 03 - FAX : 01 44 15 04 04

Métro : Péreire - Mal Juin / RER : Ligne C / Bus : 84 - 92 - 93

■ Bilan complet réalisé en 1h30 ■ Rendez-vous sous 48h ■ Un accueil personnalisé ■ Pas d'honoraires à payer

LES CENTRES A.R.M. (Analyse du Risque Médical)

 **N°Azur 0 810 72 50 00**

PRIX APPEL LOCAL

■ Un seul rendez-vous ■ Un seul déplacement ■ Un accueil privilégié et rapide ■ Pas d'honoraires à payer

Votre rendez-vous

➤ Le ➤ à heures

➤ Centre :

➤ Adresse :

■ Pour vous éviter toute perte de temps, munissez-vous, lors de votre rendez-vous :

➔ **de ce dossier,**

➔ **de votre carte d'identité,**

➔ **de tous les documents médicaux en votre possession** (comptes rendus hospitaliers, radiologiques, d'analyses de sang, etc.) pouvant aider l'analyse du médecin du centre A.R.M. lors de votre consultation.

Enfin, n'oubliez pas que vous devez être à jeûn.

**** Les formalités médicales peuvent être effectuées par le médecin traitant du proposant**

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (Nom et Prénom du souscripteur), demeurant à (domicile principal), demande à renoncer aux garanties prévues par le(s) contrat(s) (nom et numéro du contrat), que j'ai signé(s) le (date).

Si des cotisations ont été versées

Pour un contrat Ténor

➔ Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, conformément à l'article L132-5-1 du Code des assurances.

Pour un contrat Swiss Relais ou Confort Hospitalisation

➔ Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

A _____ Le _____ Signature

Note de couverture provisoire : pour le contrat Ténor

La présente note de couverture ne s'applique qu'aux demandes de souscription des contrats «Ténor»

Garantie immédiate.

Dès la réception de la présente proposition et de l'encaissement du règlement de la première fraction de cotisation au siège de la compagnie, nous garantissons le proposant contre le risque de décès consécutif à un accident, selon les conditions décrites aux paragraphes qui suivent. La présente garantie est limitée à une durée maximum de deux mois. Elle cessera dès la réception du contrat définitif par le contractant.

En cas de refus de l'assurance, après examen par les services techniques et médicaux de la compagnie, la présente garantie cessera dès la notification du refus au proposant. La somme versée sera alors intégralement remboursée.

Quelle est notre garantie ?

Si le proposant décède pendant la durée de cette garantie provisoire des suites d'un accident, nous versons la ou les garantie(s) en cas de décès, objet(s) de la présente demande de souscription, le montant total du capital décès et/ou des capitaux constitutifs de rente étant plafonné à 60 000 €.

La preuve du décès par accident incombe au bénéficiaire.

Qu'est-ce qu'un accident ?

Nous considérons comme accident :

- ▮ toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, les lésions corporelles dues à l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeur, à l'absorption par méprise de substances naturellement toxiques,
- ▮ les infections de plaies causées par un accident assuré,
- ▮ la noyade non intentionnelle.

Quelles sont les limites de cette garantie provisoire ?

Nous excluons de notre garantie les décès résultant :

- ▮ d'une tentative de suicide de l'assuré,
- ▮ d'un acte volontaire de l'assuré,
- ▮ d'un acte criminel de l'assuré,
- ▮ d'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- ▮ de lésions corporelles dues à des actes opératoires n'étant pas la conséquence d'un accident assuré, ou pratiqués par l'assuré lui-même ou par une personne non qualifiée,
- ▮ de la participation effective de l'assuré à des courses de vitesse par véhicule à moteur et à leurs épreuves préliminaires,
- ▮ de l'usage d'un appareil de locomotion aérienne autre que les appareils des sociétés agréées pour le transport de personnes, en qualité de pilote, élève pilote, personnel de bord ou de parachutiste,
- ▮ de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- ▮ des sauts dans le vide, quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception,
- ▮ de la pratique de tout sport à titre professionnel,
- ▮ de la conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévu par la réglementation en vigueur,
- ▮ de la conduite de tout engin par l'assuré s'il n'en a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur,
- ▮ d'accident survenu antérieurement à la date de la signature de la présente proposition d'assurance sur la vie,
- ▮ d'accident survenu hors Union Européenne, Suisse, Amérique du Nord, Japon et Australie.

Informations importantes

Merci de nous fournir un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) :

- ▮ si vous optez pour le prélèvement automatique de vos cotisations (obligatoire en cas de fractionnement mensuel),
- ▮ si vous souhaitez le versement de vos prestations directement sur votre compte.

Rappel important relatif à la souscription

En fonction des montants de garanties choisis, vous pourrez être amené à :

- ▮ effectuer un examen médical complet (rapport médical Mod. 5305),
- ▮ effectuer des examens cardiologiques, biologiques, d'urines, radiologiques,
- ▮ fournir des justificatifs de revenus.



SwissLife

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

86, boulevard Haussmann

75380 Paris Cedex 08.

SA au capital de € 150.000.000

Entreprise régie par le Code

des Assurances

322.215.021 RCS Paris.

www.swisslife.fr

Coassureur pour le contrat Ténor :

« SwissLife Assurance et Retraite » Nom commercial de : Société suisse d'Assurances générales sur la vie humaine

Siège spécial pour la France : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08 - 775.752.959 RCS Paris

Entreprise régie par le Code des Assurances pour les contrats souscrits ou exécutés en France

SA au capital de CHF 587.350.000 - Siège social à Zurich : Général Guisan, quai 40 - RC. CH.020.5.901.324.6