

Proposition pour l'assuré CP CFF

Edition octobre 2012



Souscription d'assurance risques pour les assurés CP CFF

1 Preneur d'assurance (PA)

Caisse de pensions CFF (CP CFF)

Siège statutaire: Zieglerstr. 29, CH-3007 Berne

2 Personne assurée: Assuré CP CFF

M. Mme Titre Langue de la correspondance F D I E

Nom de famille Assurée auprès de la caisse de pension CFF: Oui

Prénom Catégorie de risque

Nationalité Profession CFF

Date de naissance Numéro AVS

Téléphone E-Mail

Domicile effectif (pour la correspondance & l'envoi des décomptes)

Etat civil célib. marié
 veuf séparé divorcé
 partenariat enregistré
 partenariat dissous

Rue/No.

NPA/localité

Pays

Citoyen des USA? Oui Non

Détenteur d'une Green Card des USA? Oui Non

3 Prestations d'assurance

Début d'assurance 0 1

Capital en cas de décès

CHF 50'000 CHF 100'000 CHF 150'000 CHF 200'000 CHF 250'000 CHF 300'000
 CHF 350'000 CHF 400'000 CHF 450'000 CHF 500'000

Bénéficiaire en cas de décès:

Nom de famille Prénom

Domicile effectif Date de naissance

Capital en cas d'invalidité

CHF 50'000 CHF 100'000 CHF 150'000 CHF 200'000 CHF 250'000 CHF 300'000
 CHF 350'000

Visa de la
personne assurée

4 Déclaration de santé de la personne assurée

Je confirme que...

- je suis en bonne santé et en pleine capacité de travail
je ne suis pas en traitement ou en contrôle médical
je ne prends pas régulièrement des médicaments (à l'exception de contraceptifs) Oui Non
- au cours des **5 dernières années**
je n'ai pas été opéré, je n'ai pas été en traitement médical stationnaire
je n'ai pas été en incapacité de travail pendant plus de deux semaines consécutives Oui Non
- au cours des **5 dernières années**
je n'ai pas été en traitement en raison de problèmes de dos ou d'articulations
je n'ai pas suivi de traitement ou des consultations chez un psychothérapeute, un psychologue ou un psychiatre Oui Non

Et je confirme que...

- je n'ai jamais déposé de demande pour une assurance vie, maladie ou accident
qui aurait été refusée ou bien acceptée tout en étant soumise à des conditions aggravées. Oui Non
- mes mensurations sont les suivantes

Nom et adresse du médecin qui connaît le mieux mon état de santé:

5 Déclaration finale et signature

La personne soussignée (personne assurée) déclare avoir répondu aux questions contenues dans le présent document au mieux de ses connaissances. Elle confirme par ailleurs l'exactitude des éléments du risque qui y sont indiqués. Elle s'engage à annoncer à Zurich les modifications qui interviennent avant le début de la couverture d'assurance définitive.

Si des faits importants sont omis ou communiqués de façon inexacte (réticence), Zurich peut résilier le contrat. Si le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue d'un événement assuré, Zurich est libérée de son obligation relative aux dommages déjà survenus (art. 6 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, LCA). Nous vous prions de noter qu'en apposant votre signature, vous êtes responsable des déclarations même si un tiers a écrit les réponses.

La personne soussignée autorise Zurich à traiter les données issues de la documentation contractuelle ou de l'exécution du contrat. Cette autorisation porte en particulier sur la conservation physique ou électronique des données ainsi que sur l'utilisation des données pour la détermination de la prime, l'appréciation du risque, le traitement des cas d'assurance, les évaluations statistiques et à des fins de marketing. Dans la mesure nécessaire, Zurich peut transmettre ces données pour traitement aux tiers participant à l'exécution du contrat en Suisse et à l'étranger, en particulier aux coassureurs et aux réassureurs, ainsi qu'aux sociétés suisses ou étrangères de Zurich Insurance Group SA.

Si un courtier ou un intermédiaire agit pour le preneur d'assurance, Zurich est en droit de lui communiquer les données relatives au client, telles que les données concernant l'exécution du contrat, l'encaissement et les cas d'assurance, mais pas les données relatives à l'état de santé.

Zurich est en outre autorisée à demander tous les renseignements pertinents en relation avec la conclusion du contrat, le traitement du contrat ou un éventuel cas d'assurance auprès de bureaux officiels ou de tiers. Par sa signature, la personne à assurer autorise notamment les médecins traitants, les hôpitaux et autres tiers à fournir à Zurich ou à son service médical tous les renseignements nécessaires en rapport avec la proposition d'assurance et le traitement du contrat. À cet effet, elle délie expressément ces personnes de l'obligation de conserver le secret. Cette autorisation est valable indépendamment de la conclusion du contrat. La personne soussignée a le droit de demander à Zurich les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données qui la concernent.

Lieu/date	Personne assurée
-----------	------------------

Cette inscription doit être envoyée à Zurich, accompagnée de la confirmation par la CP CFF.