



D.I.A.F

Défense des Intérêts des Assurés Frontaliers

BULLETIN D’AFFILIATION

Nouvelle Admission Modification

Date d’effet du contrat :

Programme santé : PREMIUM RISK MEDIUM RISK BASIC RISK

ADHERENT	
Nom :
Prénom : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse :
C/O :
Code Postal : Localité :
Pays : Nationalité :
Date de naissance :	/ / /
Profession : Employeur :
Bénéficiez-vous des prestations de la Sécurité Sociale ou d’un autre régime de protection sociale public/privé ?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, Précisez votre n° de Sécurité Sociale: Pays :	

Autres informations:

contacts téléphone :

contact Email :

RISK ASSURANCES

Rue de la faïencerie 6 – CH 1227 Carouge/Genève Tél. 00 41 22 301 40 10 fax. 00 41 22 301 40 11 email. info@risk.ch



REMBOURSEMENTS DES FRAIS DE SANTE

Souhaitez vous recevoir vos remboursements par : _____ Chèque Virement bancaire

Devise de votre compte bancaire :

Pour les virements bancaires, complétez précisément la partie suivante et adressez nous un RIB :

Nom du bénéficiaire du compte _____ :

N° du compte : _____ Nom de la Banque :

Code(s) de Transfert (IBAN ou Swift Code) :

Adresse de la Banque:

Ville : _____ Code Postal : _____ Pays : _____

DECLARATION

Je déclare par la présente que les informations données ci-dessus sont exactes, complètes et sincères. Je suis informé(e) et accepte que les conséquences qui pourraient résulter d'une omission volontaire ou d'une fausse déclaration peuvent entraîner l'annulation immédiate de mon régime de protection sociale, conformément aux dispositions prévues par les **Article L 113-8 nullité du contrat et Article L 113-9 du Code des Assurances**.

Je suis informé(e) que la **Loi n° 78.17 du 6 janvier 1978** relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce bulletin d'affiliation. Elle garantit le droit d'accès et de rectification, pour les données me concernant, auprès de GRAS SAVOYE INTERNATIONAL SERVICES centre de gestion de RISK ASSURANCES.

J'autorise l'Assureur et/ou GRAS SAVOYE INTERNATIONAL SERVICES centre de gestion de RISK ASSURANCES à communiquer ces informations à leurs mandataires.

J'accepte les termes et conditions d'applications et demande à être affilié au programme d'assurance qui compose le régime RISK ASSURANCES (D.I.A.F.).

Date : / /

Signature de l'adhérent (précédé de la mention « Lu et Approuvé »)

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce bulletin d'affiliation et d'informer RISK ASSURANCES de tout changement éventuel.

D.I.A.F

Défense des Intérêts des Assurés Frontaliers

RISK ASSURANCES

Rue de la faïencerie 6 - CH 1227 Carouge/Genève Tél. 00 41 22 301 40 10 fax. 00 41 22 301 40 11 email. info@risk.ch

Questionnaire Médical Confidentiel

Pour préserver la confidentialité des informations, vous pouvez remettre ce questionnaire médical sous enveloppe cachetée précisant : **CONFIDENTIEL - à l'attention du Médecin Conseil**

NOM DE FAMILLE :

PRENOM :

Uniquement si les ayants droit de l'adhérent sont couverts par le régime frais de santé D.I.A.F.

Vous devez répondre à toutes les questions en cochant la case « Oui » ou « Non »	Adhérent	Conjoint Concubin	Enfant no 1	Enfant no 2	Enfant no 3	Enfant no 4
Poids (kg) <i>(Si votre conjointe est enceinte, indiquer le poids avant la grossesse)</i>						
Taille (cm)						
1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ?	Oui Non	Oui Non				
Avez-vous eu, au cours de 3 dernières années un arrêt de travail supérieur à 30 jours ?	Oui Non	Oui Non				
2. Etes-vous actuellement sous surveillance médicale (traitement, soins médicaux) et/ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin (autres que contraceptifs) ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
3. Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité militaire ou civile supérieure à 15% ?	Oui Non	Oui Non				
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
5. Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi et/ou devez-vous subir prochainement une (ou des) intervention(s) chirurgicale(s) (à l'exclusion toutefois d'une césarienne ou de l'ablation de l'appendice, des varices, des amygdales, et/ou végétations, de la vésicule biliaire) ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
6. Au cours des 10 dernières années, avez-vous, été hospitalisé(e) dans un hôpital, une clinique maison de santé ou un établissement thermal et/ou devez vous l'être dans les 12 prochains mois ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
7. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été atteint, de maladies ou affections ayant entraîné une surveillance médicale (traitement, soins médicaux, médicaments) pendant plus de 30 jours consécutifs ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
8. Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu dans les 24 prochains mois ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non

Si vous avez répondu "oui" à l'une des ces questions, merci de fournir tous les renseignements utiles sur papier libre: date(s), durée(s), motif(s) ou raison(s) médicale(s) précise(s), séquelle(s), traitement(s), résultat(s) des tests biologiques... :

DECLARATION

Je déclare par la présente que les informations données ci-dessus sont exactes, complètes et sincères. Je suis informé(e) et accepte que les conséquences qui pourraient résulter d'une omission volontaire ou d'une fausse déclaration pouvant entraîner l'annulation immédiate de mon assurance complémentaire, conformément aux textes de Loi sur les contrats d'assurance LCA.

Date : / /

Signature de l'adhérent (précédé de la mention « Lu et Approuvé ») :