

MEDI|RISK

SOLUTION D'ASSURANCE POUR FRONTALIERS

page 1 sur 2 | Merci de compléter toutes les pages

BULLETIN D'AFFILIATION

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

ASSURÉ DEMANDANT L'AFFILIATION

Date d'effet:

| | |
|---|---------------------------------|
| Nom de famille: | Prénom: |
| Sexe: Masculin Féminin | Date de naissance: (jj/mm/aaaa) |
| Nationalité: | Pays d'expatriation: |
| E-mail: | |
| Rattachement à un organisme de Sécurité Sociale: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (ou à une autre assurance publique ou privée). Si oui, précisez: | |

Uniquement si la famille doit être affiliée

| Situation de famille: | Marié(e) | Divorcé | Célibataire | Autre | |
|------------------------|----------------|---------|--------------------|---------------------|-------------------------------|
| Qualité ⁽¹⁾ | Nom de famille | Prénom | Né le (jj/mm/aaaa) | Sexe ⁽²⁾ | Organisme de sécurité sociale |
| | | | | | |

⁽¹⁾ Conjoint ou Enfant ⁽²⁾ Féminin ou Masculin

Coordonnées personnelles

| | | |
|---|--------|-------|
| Adresse (rue et numéro): | | |
| Complément (No appartement, boîte postale): | | |
| Code postal: | Ville: | Pays: |
| Adresse de courriel: | | |
| No de téléphone: | | |

Coordonnées bancaires

| | | | |
|---------------------------------------|--------|----------------------|-------------------|
| Mode de remboursement: | chèque | Virement bancaire | Devise du compte: |
| Nom de la banque: | | | |
| Adresse de la banque (rue et numéro): | | | |
| Code postal: | Ville: | Pays: | |
| Nom du titulaire: | | Prénom du titulaire: | |
| ABA/Swift Code: | | IBAN/No compte: | |

page 2 sur 2 | Merci de compléter toutes les pages

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

CONFIDENTIEL | À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

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

| | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Nom de famille: | Prénom: | | | | | | |
| Vous devez répondre à toutes les questions en cochant la case OUI ou NON | | Salarié | Conjoint/ Concubin | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 | Enfant 4 |
| Poids (kg) | | | | | | | |
| Taille (cm) | | | | | | | |
| 1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour maladie ou accident ? | | OUI NON | OUI NON | | | | |
| 2. Avez-vous eu, au cours de 5 dernières années un arrêt de travail supérieur à 30 jours ? | | OUI NON | OUI NON | | | | |
| 3. 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 |
| 4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des tests biologiques et/ou sérologiques qui se soient révélés anormaux (comme une sérologie VIH, hépatite ou mononucléose) ? | | 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, psychothérapie...) pendant plus de 30 jours consécutifs ? | | OUI NON | OUI NON | OUI NON | OUI NON | OUI NON | OUI NON |
| 8. Personne de sexe féminin: Etes-vous enceinte ? | | 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: date(s), durée(s), motif(s) ou raison(s) médicale(s) précise(s), séquelle(s), traitement(s), résultat(s) des tests biologiques... sur une feuille libre séparée.

Signature

Je déclare par la présente que les informations données ci-dessus sont exactes 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 du centre de gestion.

J'autorise l'assureur et/ou le centre de gestion à communiquer ces informations à leurs mandataires.

J'accepte les termes et conditions d'applications et demande à être affilié(e) au programme d'assurance qui composent le régime auquel a souscrit l'association DIAF dont je suis membre d'office.

**ENVOI PAR COURRIER:
MENTION MANUSCRITE LU
ET APPROUVÉ**

Date

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

ENVOI ÉLECTRONIQUE*: J'ai lu et j'accepte les conditions contractuelles

* Nécessite [Adobe Reader](#). Merci de remplir toutes les rubriques de ce formulaire et de cliquer sur ENVOYER.

Vous pouvez également:

- Enregistrer ce formulaire, et l'envoyer par email à medirisk@risk.ch.
- Imprimer ce formulaire et le renvoyer à RISK assurances, centre de gestion administrative, rue de la Faïencerie 6, CH-1227 CAROUGE,

Vos données personnelles se sont pas stockées.