

Adhésion à l'assurance du solde.

Oui, je voudrais conclure l'assurance du solde.

Adhésion à l'assurance du solde: La prime mensuelle est de 0,49 % du solde du décompte mensuel.

Couverture d'assurance par la couverture du solde de la carte de crédit principale en cas de perte involontaire d'emploi, incapacité de travail totale temporaire, décès ou invalidité totale permanente.

Montants maximales assurés:

- Classic: CHF 10'000 par unité de facturation
- Gold: CHF 40'000 par unité de facturation

Personne assurée	
Veuillez indiquer les 4 derniers chiffres de votre Cornèrcard sur laquelle la cotisation annuelle doit être débitée	
_ _ _ _	Date d'expiration
<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom	Prénom
Rue/n°	NPA/lieu
Nationalité	Date de naissance
Téléphone portable	E-mail
Téléphone privé	Téléphone de l'entreprise

Déclaration	
<p>En tant que demandeur de l'assurance du solde, je confirme d'avoir entre 18 et 62 ans, d'être domicilié(e) en Suisse ou dans la Principauté du Liechtenstein (l'enclave de Büsingen am Hochrhein (DE) est exclue), que j'exerce une activité lucrative depuis plus de 6 mois et au moins 16 heures par semaine (les indépendants sont exclus de la couverture chômage), que je suis au bénéfice d'un contrat de travail non résilié et à durée indéterminée, que je ne m'apprete pas à prendre une retraite anticipée, que je ne suis pas resté(e) absent(e) du travail en tout ou en partie à la suite d'une maladie ou d'un accident pendant plus de 25 jours au cours des 12 derniers mois, que je n'ai pas été hospitalisé(e) pendant plus de 20 jours consécutifs et que je ne m'apprete pas à être hospitalisé(e) prochainement.</p> <p>Je prends note qu'en cas d'acceptation de ma demande d'adhésion pour les prestations supplémentaires sollicitées, la Cornèr Banque SA me fera parvenir une confirmation écrite. Droit de révocation : 14 jours après le début de l'assurance, conformément à l'article 2a de la LCA. La révocation peut être faite par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte.</p> <p>Les conditions respectives valables (Conditions Générales d'Assurance et autres Conditions d'utilisation) pour l'utilisation des prestations susmentionnées ainsi que les informations sur l'assureur respectif peuvent être consultées sur cornercard.ch/f/cg ou commandées au +41 91 800 41 41. Les conditions régissant les produits Securicard peuvent être consultées sur securicard.ch ou être commandées en appelant le +41 58 122 10 10.</p> <p>Les primes d'assurance ou les frais des prestations de service sont respectivement débités automatiquement sur ma carte.</p> <p>Pour la couverture d'assurance et les prestations accordées, seules les Conditions Générales d'Assurance pour l'assurance du solde, l'assurance voyage, l'accident de voyage Advantage, l'extension de garanti pour appareils électriques et électroniques, l'assurance protection juridique privée et circulation ainsi que pour les prestations d'assurance de Securicard sont déterminantes.</p>	<p>Intermédiation en assurance et protection des données: Je prends note qu'en cas d'intermédiation de contrats d'assurance, seul l'assureur est tenu responsable des erreurs, des négligences ou des renseignements erronés fournis. Les données personnelles mises à disposition dans le cadre des assurances peuvent être transmises aux assureurs et sont traitées par la banque et les assureurs exclusivement aux fins de conclusion et d'administration du contrat d'assurance ainsi qu'en cas de sinistre. Les données personnelles peuvent être transmises à un tiers mandaté et/ou à une autre société du groupe de la banque et/ou de l'assureur dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance. Un transfert de données à l'étranger est également possible dans la mesure où le pays tiers (du point de vue de la législation suisse en matière de protection des données) dispose d'une législation conforme en matière de protection des données.</p> <p>Édition 01.2022</p>

Signature

Avec mon adhésion je confirme avoir lu et compris les Conditions applicables aux prestations complémentaires (Conditions Générales d'Assurance et autres Conditions d'utilisation) et que je les accepte sans réserve.

Lieu/date _____ Signature de la personne assurée

Veuillez compléter cette adhésion et la retourner sous enveloppe fermée à: PPILPSA – 01.2022