



Secrétariat central  
H. J. Gerosa  
Museumstr. 33, 9000 St-Gall  
Téléphone 071 245 84 25  
E-mail info@kaderverband.ch

**Formulaire de demande**

**Assurance indemnités journalières maladie pour le personnel**

(selon le contrat-cadre 600'033'317 entre l'ASC et Helsana Assurances SA)

Nouvelle demande  Modification N° de police: \_\_\_\_\_

**Adresse du preneur d'assurance: Adresse pour la correspondance et la facturation (si différente):**

Entreprise: \_\_\_\_\_  
Branche: \_\_\_\_\_  
Rue: \_\_\_\_\_  
NPA / Localité: \_\_\_\_\_  
N° de tél.: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Lieu de paiement: \_\_\_\_\_

(CCP ou compte bancaire: à fournir obligatoirement)

**Début de l'assurance:** \_\_\_\_\_ (impossible rétroactivement)

**Taux de prime pour indemnité journalière maladie 80 %**

Délai d'attente	Hommes et femmes			
	07	14	30	60
	1.71 %	1.24 %	0.87 %	0.62 %

**Groupe de personnes à assurer:**

Personnel, y c. apprentis

Délai d'attente (nbre jours):  7  14  30  60

Nbre hommes: \_\_\_\_\_ Nbre femmes: \_\_\_\_\_

**Somme salariale:**

**Taux de prime:**

**Prime (CHF):**

Hommes: \_\_\_\_\_

Femmes: \_\_\_\_\_

**Total primes employé:** \_\_\_\_\_

**Fréquence de paiement souhaitée:**  trimestriel  biannuel  annuel

- prime annuelle minimale par contrat CHF 300.--  
- somme salariale assurable par personne max. CHF 300 000.--

Suite au verso

**Questions relatives à la proposition:**

1. **Les personnes resp. l'entreprise à assurer ont-elles conclu d'autres assurances indemnités journalières collectives?**  oui  non

Si oui, auprès de quel assureur? \_\_\_\_\_

Numéro de police: \_\_\_\_\_

Date et motif de la résiliation du contrat: \_\_\_\_\_

2. **L'admission dans une assurance collective indemnités journalières maladie a-t-elle déjà été refusée ou soumise à des conditions aggravées?**  oui  non

Si oui, auprès de quel assureur? \_\_\_\_\_

Quand et pour quel motif? \_\_\_\_\_

3. **Y a-t-il actuellement des incapacités de travail ou des incapacités de travail sont-elles prévues?**  oui  non

Si oui, prière de préciser lesquelles au cfr. 6 \_\_\_\_\_

4. **Durant les 3 dernières années, y a-t-il eu des incapacités de travail de plus de 3 semaines?**  oui  non

Si oui, prière de préciser lesquelles au cfr. 6 \_\_\_\_\_

5. **Y a-t-il des personnes parmi les personnes à assurer qui souffrent de maladies graves resp. d'infirmités ou qui reçoivent une rente?**  oui  non

Si oui, prière de préciser lesquelles au cfr. 6 \_\_\_\_\_

**6. Précisions aux questions 3-5**

Nom, prénom de la personne concernée	Date de naissance	Problème de santé (si connu) Quand? de – à
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Autorisation**

Par sa signature, le/la soussigné(e) confirme avoir répondu complètement et en toute vérité aux questions susmentionnées et avoir reçu les Conditions générales d'assurance déterminantes (CGA), de même que les éventuelles Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) annexées à l'offre.

Le/la soussigné(e) autorise Helsana à transmettre à des partenaires de coopération, tribunaux et bureaux officiels les données nécessaires sur la couverture assurée, les sommes salariales, les primes et le déroulement des sinistres.

Dans le cas d'un éventuel transfert d'assurance, Helsana communiquera aux assureurs concernés les données relatives à la couverture assurée, aux sommes salariales et aux prestations nécessaires à l'application de la convention de libre passage ou toute autre réglementation légale ou contractuelle.

Helsana et ses partenaires de coopération se réservent en outre le droit d'utiliser les données relatives au contrat à des fins de marketing, de conseil et d'information à l'égard de l'assuré(e). Les données personnelles seront cependant exclusivement utilisées dans un cadre administratif et de règlement des prestations.

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Le preneur d'assurance: \_\_\_\_\_

Conseiller/personne de contact: \_\_\_\_\_

**Attestation de l'Association Suisse des Cadres relative à l'adhésion du membre** \_\_\_\_\_

Prière d'envoyer ce formulaire à l'adresse ci-dessous:

**Association Suisse des Cadres, Secrétariat central, Museumstrasse 33, 9000 St-Gall.**