



**Demande pour une assurance collective Indemnité journalière pour employeurs/indépendants et cadres** (selon le contrat cadre entre l'ASC et «La Suisse»)\*

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

**Preneur d'assurance:**

**Adresse pour la correspondance :**  
(si elle diffère de celle du preneur)

Titre: \_\_\_\_\_

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

Rue: \_\_\_\_\_

NPA/Lieu: \_\_\_\_\_

N° de tél.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Lieu de paiement: \_\_\_\_\_  
(CCP ou compte bancaire)

---

**Début de l'assurance:** \_\_\_\_\_ (pas d'effet rétroactif)

---

**Personne à assurer:**                     Indépendant     Membre de la famille     Cadre

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe  masculin     féminin

Activité professionnelle: \_\_\_\_\_ Classe de risque: \_\_\_\_\_

---

**Prestations à assurer:**

Salaire annuel	Couverture / Délai d'attente en jours	Taux de prime	Prime annuelle en CHF
CHF _____	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Maladie et accident <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90	_____	_____
CHF _____	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Maladie et accident <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90	_____	_____

Prime annuelle: Salaire x taux de prime / Prime annuelle minimale: CHF 400.--

## Etendue de l'assurance / Assureur précédent

1. Avez-vous actuellement une assurance d'indemnité journalière privée ou collective?  Oui  Non

Dans l'affirmative:

Société/Caisse-maladie: \_\_\_\_\_ N° de Police : \_\_\_\_\_

Montant de l'indemnité journalière assurée CHF \_\_\_\_\_ Délai d'attente: \_\_\_\_\_

2. Aviez-vous auparavant une assurance d'indemnité journalière?  Oui  Non

Dans l'affirmative, jusqu'à quelle date? \_\_\_\_\_

Société/Caisse-maladie: \_\_\_\_\_ N° de Police : \_\_\_\_\_

Motif du changement d'assureur/de la résiliation du contrat: \_\_\_\_\_

---

Le requérant / preneur d'assurance déclare avoir répondu de façon complète et conforme à la vérité aux questions posées dans la présente proposition. Il confirme avoir pris connaissance des Conditions générales d'assurance applicables à l'assurance collective Indemnité journalière ainsi que de la notice relative au contrat cadre.

Lieu et date:

Le preneur d'assurance:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Conseiller/Personne de contact: \_\_\_\_\_

---

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

\_\_\_\_\_

---

Ce formulaire est à adresser, avec la formule "**Examen de l'état de santé**" dûment remplie, à l'adresse ci-dessous:

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

**Informations complémentaires sous [www.kaderverband.ch](http://www.kaderverband.ch)**

*\* Les droits et obligations découlant du contrat cadre ont été transférés à Helsana Assurances SA avec effet rétroactif au 01.01.2005.*