



Proposition d'assurance indemnités journalières maladie pour le personnel
(selon le contrat-cadre 600'033'317 avec Helsana Assurances SA)

Nouveau Changement n° de police: _____

Preneur d'assurance:

**Adresse de correspondance
et de facturation (si différente):**

Entreprise: _____
Branche: _____
Rue: _____
NPA/Localité: _____
N° de tél.: _____
E-Mail: _____

Organisme payeur: _____

(indiquer impérativement les coordonnées postales ou bancaires)

Début de l'assurance: _____ (début du mois, impossible rétroactivement)

Taux de primes

Délai d'attente Prestations	Hommes et femmes				
	07	14	30	60	90
80 %	1.71 %	1.24 %	0.87 %	0.62 %	0.53 %
90 %	1.92 %	1.40 %	0.97 %	0.70 %	0.59 %
100 %	2.13 %	1.56 %	1.09 %	0.77 %	0.67 %

Cercle de personnes à assurer (personnel, y c. apprentis):

Prestation: 80 % 90 % 100 % de la masse salariale AVS

Délai d'attente en jours: 7 14 30 60 90

Nombre d'hommes: _____ Nombre de femmes: _____

Masse salariale:

Taux de primes:

Prime en CHF:

Hommes: _____

Femmes: _____

Total des primes: _____

Type de paiement souhaité: trimestriel semestriel annuel

Taux minimal Fr. 300.--

- Prime annuelle minimale par contrat CHF 300.--
- Masse salariale assurable au maximum CHF 300 000.-- par personne

Questions relatives à la proposition:

1. **Existe-t-il ou existait-il déjà une assurance indemnités journalières collective pour les personnes ou l'entreprise à assurer?** oui non

Si oui, auprès de quel assureur? _____

Numéro de police: _____

Date et motif de la résiliation du contrat: _____

2. **La demande d'une assurance indemnités journalières collective a-t-elle été refusée ou assortie de conditions plus strictes?** oui non

Si oui, auprès de quel assureur? _____

Quand et pour quel motif?

3. **Existe-t-il actuellement une incapacité de travail ou une incapacité de travail est-elle imminente?** oui non

Si oui, compléter le chiffre 6 _____

4. **Au cours de ces 3 dernières années, y a-t-il eu des incapacités de travail connexes de plus de 3 semaines?** oui non

Si oui, compléter le chiffre 6 _____

5. **Des personnes souffrent-elles de maladies ou d'infirmités graves ou perçoivent-elles une rente?** oui non

Si oui, compléter le chiffre 6 _____

6. Informations supplémentaires relatives aux questions 3 - 5

Nom, prénom de la personne concernée	Date de naissance	Maladie (si connue)	Quand, de – à
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Accord

Le soussigné déclare avoir répondu de façon complète, véridique et en toute bonne foi aux questions ci-dessus et reçu les Conditions générales d'assurance (CGA) et les éventuelles Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) avec l'offre.

Le soussigné autorise Helsana à transmettre, dans la mesure nécessaire, des données sur la couverture assurée, les masses salariales, les primes et l'évolution des sinistres aux partenaires de coopération, tribunaux et services administratifs.

En cas de changement d'assurance, Helsana transmet les données relatives à la couverture assurée, aux masses salariales et aux prestations aux assureurs concernés en vue de l'application de l'accord de libre passage ou d'une autre réglementation légale et contractuelle.

En outre, Helsana et ses partenaires de coopération peuvent utiliser les données contractuelles à des fins d'information, de conseil et de marketing vis-à-vis du preneur d'assurance. Les données personnelles seront toutefois utilisées exclusivement pour la gestion du contrat et le traitement des prestations.

Lieu et date:

Le preneur d'assurance:

Conseiller/personne de contact: _____

Confirmation de l'association des cadres concernant l'affiliation _____

Le présent formulaire doit être envoyé à

Association suisse des cadres, Secrétariat central, Florastrasse 4, 9000 St-Gall

Informations complémentaires sur www.kaderverband.ch