



Assurance de sommes / Demande d'assurance indemnités journalières par l'exploitant d'une entreprise

(Sur le fondement du contrat-cadre 60'058'408 avec Helsana Assurances SA)

Nouvelle police Modification de la police n°: _____

Assuré:

Adresse de correspondance et de facturation (si différente):

Nom/Prénom : _____
 Profession/Branche: _____
 Rue: _____
 CP/Localité: _____
 Tél.: _____
 Courriel: _____

Lieu de paiement : _____

(Coordonnées postales ou bancaires, indication obligatoire)

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

Personne assurée: **Indépendant (y compris propriétaire ou associé d'une Sàrl / SA)**
 Membre de la famille

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ masculin féminin

Activité dans l'entreprise: _____ Classe de risque: _____

Les prestations assurées sont les suivantes :

Salaire (100 %) (Maximum 2 échelons)	Couverture / Délai d'attente en jours	Taux de la prime en %	Prime annuelle en CHF
CHF _____	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accidents inclus <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90	_____	_____
CHF _____	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accidents inclus <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90	_____	_____
Prime annuelle totale			_____

- Prime annuelle minimale CHF 500.--
- Maximum CHF 300'000.-- pour le membre s'il n'existe pas d'autre contrat avec Helsana
- Maximum CHF 36'000.-- pour les membres de la famille sans assurance AVS

Indications destinées au contrôle financier:

Les pièces suivantes doivent être jointes à la demande pour permettre la conclusion du contrat:

Pièces jointes

- Jusqu'à CHF 80 000,00, aucune pièce nécessaire Néant
- De CHF 80 001.00 à CHF 150 000.00
 - Certificat de salaire établi par l'AVS
 - ou :
 - Formulaire « Analyse précise du risque » intégralement rempli
- À partir de CHF 150 001.00, **en outre**, justification détaillée du montant de l'assurance

Indications complémentaires:

Existe-t-il pour les personnes à assurer d'autres assurances indemnités journalières?

Oui Non

Si **oui**, lesquelles?

Assureur	Maladie CHF	Accident CHF	Délai d'attente
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Est-il prévu de résilier ces assurances?

Oui Non

Si **oui**, quand? Assureur? _____

Motif? _____

Mode de paiement demandé:

Trimestriellement Semestriellement Annuellement

Tranche minimale CHF 500.--

Autorisation

Le soussigné confirme avoir répondu aux questions précédentes au mieux de ses connaissances, intégralement et véridiquement et avoir reçu avec l'offre les Conditions générales d'assurance (CGA) applicables et les Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) éventuelles.

Le soussigné autorise Helsana à communiquer des données sur la couverture assurée, sur les salaires, les primes et les sinistres, dans la mesure de ce qui est nécessaire, à ses partenaires, aux tribunaux et aux services officiels.

En cas de changement d'assurance, Helsana communiquera aux assureurs concernés les données concernant la couverture assurée, les salaires et les prestations qui seront nécessaires pour la mise en œuvre de l'accord de libre circulation ou d'autres régimes légaux et contractuels.

Par ailleurs, Helsana et ses partenaires pourront utiliser les données du contrat dans un but d'information, de conseil et de marketing vis-à-vis de l'assuré. Cependant, les données à caractère personnel seront exclusivement utilisées pour la gestion du contrat et la réalisation des prestations.

Lieu et date:

L'assuré(e):

Conseiller / Interlocuteur: _____

Attestation d'adhésion de l'Association Suisse des Cadres _____

Le présent formulaire, ainsi que la « **Déclaration relative à la santé** » remplie, doivent être adressés à

Association Suisse des Cadres, Secrétariat central, Florastrasse 4, 9000 St-Gall

Pour trouver plus d'informations: www.kaderverband.ch