



**Proposition pour une assurance indemnités journalières pour les chefs d'entreprise et les cadres (selon le contrat-cadres 60'033'316 avec Helsana)**

Nouveau  Changement n de police: \_\_\_\_\_

**Preneur d'assurance:**

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

Nom/prénom: \_\_\_\_\_  
Prof./branche: \_\_\_\_\_  
Rue: \_\_\_\_\_  
NPA/Localité: \_\_\_\_\_  
No. de tél.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Organisme payeur: \_\_\_\_\_

(indiquer impérativement les coordonnées postales ou bancaire)

**Début de l'assurance:** \_\_\_\_\_ (début du mois, impossible rétroactivement)

**Presonne à assurer:**

- Indépendant (y c. propriétaires /partenaires Sàrl / SA)
- Membre de la famille
- Cadre

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_  homme  femme

Activité dans l'entreprise: \_\_\_\_\_ Classe de risque: \_\_\_\_\_

**Les prestations suivantes doivent être assurées:**

Masse salariale (100 %) (répartition en 2 max.)	Couverture / délai en jours	Taux de primes	Prime annuelle en CHF
CHF _____	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Inclusion de l'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"/> Inclusion de l'accident <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90	_____	_____
<b>Total Jahresprämie</b>		_____	

- Prime annuelle minimum CHF 300  
- max. CHF 300'000.-- pour le membre si aucun autre contrat n'a été conclu chez Helsana  
- max. CHF 36'000.-- pour les membres de la famille sans décompte AVS propre

**Informations complémentaires:**

**Existe-t-il d'autres assurances indemnités journalières**

**pour les personnes à assurer?**

Oui  Non

Si **Oui**, lesquelles?

Assureur

Maladie CHF

Accident CHF

Délai d'attente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Une résiliation de cette/ces assurance/s est-elle prévue?**

Oui  Non

Si **Oui**, à quelle date? Assureur? \_\_\_\_\_

Motif? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Type de paiement souhaité:**

trimestriel

semestriel

annuel

Taux minimal CHF 300.--

**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 avec le formulaire "Déclaration de santé" complété à

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

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