

Proposition pour la conclusion de l'Assurance collective indemnité journalière en cas de maladie GastroSuisse

<input type="checkbox"/> Nouveau contrat	Collaborateur du service externe	<input type="text"/>	Holding 0030000
<input type="checkbox"/> Modification d'assurance	Intermédiaire	<input type="text"/>	Classe de risque RH
<input type="checkbox"/> Changement d'assureur	Agent n°	<input type="text"/>	CGA édition:
	DR/Agence	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Preneur d'assurance / chef de l'entreprise

N° du décompte AVS

Nom / prénom

Entreprise

Rue

NPA, Lieu

Téléphone / Mobile

Coordonnées de paiement

par banque IBAN

Compte n° par poste

Nom de la banque

NPA, Lieu

Adresse privée du chef de l'entreprise (si différente de l'adresse de l'entreprise)

Nom

Prénom

Rue

NPA, Lieu

Téléphone / Mobile

Début de l'assurance

Jour Mois Année

Durée du contrat

3 ans ____ ans

Groupes de personnes / personnes à assurer

Personnel (employés)	Masse salariale annuelle		Nombre de personnes		Délai d'attente		Taux de prime		Prime	
	H	F	H	F			H	F	H	F
<input type="checkbox"/> Tout le personnel (sans le chef de l'entreprise)										

Groupes de personnes avec un salaire annuel convenu (une déclaration de santé est nécessaire)

Propriétaires d'une exploitation travaillant en tant qu'indépendants et membres de leur famille travaillant dans l'entreprise non soumis aux cotisations AVS

Nom, prénom	Date de naissance			Salaire annuel	Délai d'attente	Taux de prime	Prime
	Jour	Mois	Année				

Membres de la famille travaillant dans l'entreprise contre un salaire en espèces (employés)

Nom, prénom	Date de naissance			Salaire annuel	Délai d'attente	Taux de prime	Prime
	Jour	Mois	Année				

Actionnaires uniques ou majoritaires (SA) et associés d'une S.A.R.L. possédant une majorité dans le capital social (employés)

Nom, prénom	Date de naissance			Salaire annuel	Délai d'attente	Taux de prime	Prime
	Jour	Mois	Année				

Total de la prime annuelle probable:

Assurance préexistante

Existe-t-il ou existait-il déjà une assurance indemnité journalière en cas de maladie?

- pour le personnel ou une partie du personnel à assurer? Oui Non
- pour les propriétaires de l'exploitation ou les membres de la famille à assurer? Oui Non

Si oui, - auprès de quelle compagnie / caisse-maladie?

- Police n°

- Prestations

- Délai d'attente

- Taux de prime

Ce contrat a-t-il été annulé ou résilié?

Oui Non

Si oui, - à quelle date et pour quel motif?

Le personnel assuré inclut-il des personnes enceintes ou en incapacité de travail partielle ou totale depuis plus de 30 jours?

Oui Non

Le personnel assuré inclut-il des personnes qui souffrent d'une maladie ou des suites d'un accident pour lesquels une incapacité de travail partielle ou totale de plus de 30 jours est à prévoir?

Oui Non

Numéro personnel	Date de naissance	Incapacité de travail depuis	Durée prévisible	Résiliation retraite prévue au	Degré de l'incapacité de travail	Demande rente AI? Déposée oui/non?	Diagnostic	Salaire annuel CHF

Remarques particulières

Le proposant certifie par la présente avoir répondu complètement et véridiquement à toutes les questions posées et que les réponses non écrites de sa main correspondent exactement aux indications qu'il a données. Il est conscient qu'aux termes de l'art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), SWICA est autorisée à faire usage de son droit de résiliation du contrat d'assurance avec effet immédiat si les indications données sont incomplètes ou ne correspondent pas à la vérité. En signant la présente proposition d'assurance, le proposant confirme avoir reçu les CGA et les éventuelles Conditions spéciales et reconnaît leur caractère juridique obligatoire. Il se déclare lié à la proposition durant 14 jours - 4 semaines si un examen médical est requis - et s'engage à payer les primes correspondantes. Dans la mesure où cela est nécessaire, il consent au fait que SWICA transmette à d'autres assureurs des informations découlant des documents de la proposition ou de l'évolution ultérieure du contrat. SWICA est en outre autorisée à obtenir des renseignements auprès de ces organes. Ce consentement est donné indépendamment de la conclusion du contrat.

Lieu, date

Signature du proposant

Nom et signature du conseiller

Annexes: Nombre de déclarations sur l'état de santé

Agence no

Direction générale

SWICA
Organisation de santé
Direction générale
Römerstrasse 38
8401 Winterthour
Tél. 052 244 22 33
Fax 052 244 22 90
swica@swica.ch

Directions régionales

SWICA
Organisation de santé
Direction régionale Bâle
Aeschenplatz 2
4010 Bâle
Tél. 061 270 66 66
Fax 061 270 66 99
basel@swica.ch

SWICA
Organisation de santé
Direction régionale Lausanne
Boulevard de Grancy 39
1001 Lausanne
Tél. 021 619 48 48
Fax 021 619 48 49
lausanne@swica.ch

SWICA
Organisation de santé
Direction régionale Winterthour
Konradstrasse 15
8401 Winterthour
Tél. 052 224 58 58
Fax 052 224 58 59
winterthur@swica.ch

SWICA
Organisation de santé
Direction régionale Bellinzone
Viale Stazione 28a
6500 Bellinzone
Tél. 091 821 45 45
Fax 091 821 45 46
bellinzona@swica.ch

SWICA
Organisation de santé
Direction régionale Lucerne
Hirschmattstrasse 32
6003 Lucerne
Tél. 041 248 94 94
Fax 041 248 94 95
luzern@swica.ch

SWICA
Organisation de santé
Direction régionale Zurich
Zollstrasse 42
8031 Zurich
Tél. 044 404 84 84
Fax 044 404 84 85
zuerich@swica.ch

SWICA
Organisation de santé
Direction régionale Berne
Monbijoustrasse 16
3001 Berne
Tél. 031 388 11 44
Fax 031 388 11 55
bern@swica.ch

SWICA
Organisation de santé
Direction régionale St-Gall
Teufener Strasse 5
9001 St-Gall
Tél. 071 499 64 64
Fax 071 499 64 65
stgallen@swica.ch