

**Proposition pour l'assurance-accidents
Helsana Business Accident selon la LAA**

Police n°: _____

SSO Untervermittler-Nr.: _____

(selon le contrat cadre de la fondation SSO-Services avec Helsana Assurances SA)

Nom: _____ Adresse pour la correspondance: _____

Adresse du cabinet: _____

NPA/Lieu: _____

Téléphone: Prof.: _____ Privé: _____

Adresse e-mail: _____ Téléphone: _____

IDE n°: _____

Lieu de paiement IBAN- n° : _____

Etes-vous membre de la SSO ou avez-vous l'intention d'y adhérer prochainement? Oui Non

Entrée en vigueur de l'assurance dès le: _____ (pas d'effet rétroactif).

Les personnes et les prestations suivantes sont à assurer:

Risque n° 8512.00 (Cabinet dentaire)

<input type="checkbox"/> Assurance obligatoire (Salariés)	Taux de prime final SS-‰	Somme des salaires CHF
Assurance AP Hommes	0,971‰	_____
_____ Femmes	0,971‰	_____
Assurance ANP Hommes	12,363‰	_____
_____ Femmes	12,363‰	_____

**Assurance facultative
(Propriétaire de cabinet)** Taux de prime final SS-‰ Gain CHF
Gain annuel fixe convenu
(gain maximal LAA au plus)

Nom, Prénom

24,94‰

Date de naissance

Suite à la page suivante

Questions générales relatives au risquea) Existe-t-il ou existait-il déjà une assurance selon la LAA ? Non Oui

auprès de quel assureur? _____

Police n°: _____

Date et motif de la résiliation du contrat: _____

b) Avez-vous déjà sollicité une couverture
d'assurance auprès d'autres assureurs
pour les risques à assurer? Non Oui,

auprès de quel assureur? _____

c) Nombre de collaborateurs

Hommes: _____ Femmes: _____

Signatures

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 reçu un exemplaire des Conditions générales d'assurance ainsi que le mémento de l'assurance-accidents selon la LAA.

Timbre / Signature du requérant /
preneur d'assurance:

Nom / Signature du conseiller

lieu _____, le _____

Ce formulaire est à adresser au secrétariat de la Fondation SSO-Services, Münzgraben 2, Case postale, 3001 Berne.

Contrôle relatif à l'affiliation du membre / visa du secrétariat SSO: _____