

**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"/> <b>Assurance obligatoire (Salariés)</b>	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 risque**a) 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: \_\_\_\_\_