

Proposition pour une assurance collective indemnités journalières en cas de maladie selon la LCA

<input type="checkbox"/> Nouvelle conclusion	No de contrat	_____	UO SWICA	_____
<input type="checkbox"/> Modification de contrat	No de contrat-cadre	_____	Agence no	_____
	Date d'effet du contrat	_____	Edition CGA	_____

Preneur d'assurance

Dans quelle langue désirez-vous les documents? allemand français italien

Société/raison sociale _____

Désignation complémentaire _____

Rue _____

NPA, lieu, canton _____

Forme juridique Raison individuelle Société en nom collectif Société en commandite simple
 Société anonyme S.A.R.L. _____

Directeur Monsieur Madame

Nom _____

Prénom _____

Personne de contact Monsieur Madame

Nom _____

Prénom _____

Téléphone/Mobile _____

E-mail _____

Genre d'entreprise _____

Relations de paiement

Titulaire du compte _____

Nom de la banque/poste _____

NPA, localité _____

IBAN _____

Adresse secondaire

Dans quelle langue désirez-vous les documents? allemand français italien

Société/raison sociale _____

Désignation complémentaire _____

Rue _____

NPA, lieu, canton _____

Interlocuteur _____

Téléphone/Mobile _____

E-mail _____

L'adresse secondaire est compétente pour les domaines suivants et reçoit la documentation (prière de cocher les cases correspondantes):

Administratif	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Communications	<input type="checkbox"/> Matériel	<input type="checkbox"/> Journal SWICA
Primes	<input type="checkbox"/> Décompte	<input type="checkbox"/> Débit	<input type="checkbox"/> Bonification	<input type="checkbox"/> Rappel
Prestations	<input type="checkbox"/> Décompte	<input type="checkbox"/> Débit	<input type="checkbox"/> Bonification	<input type="checkbox"/> Rappel

1 Entreprises à assurer

Parties de l'entreprise à assurer:

- Toute l'entreprise y compris les succursales selon adresse du preneur d'assurance
 Uniquement certaines parties de l'entreprise/des succursales
 Filiales à inclure dans l'assurance
- } prière de mentionner chacune d'elles ci-dessous (en indiquant l'adresse)

2 Groupes de personnes/Personnes

Personnel à assurer

	Age moyen	Nombre de personnes		Prestations par no de groupe
		Hommes	Femmes	
<input type="checkbox"/> L'ensemble du personnel sauf les personnes avec revenu annuel convenu	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Uniquement pour certains groupes de personnes (à définir précisément)	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Personnes avec revenu annuel convenu telles que chef d'entreprise, membres de sa famille, etc. (avec déclaration sur l'état de santé)

Nom, prénom	Année de naissance	Sexe	Revenu annuel convenu	Prestations par no de groupe
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	CHF _____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	CHF _____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	CHF _____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	CHF _____	_____

3 Prestations assurées

Selon offre du _____

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Indemnités journalières	_____ %	_____ %	_____ %
Risque	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident
Délai d'attente	_____ jours	_____ jours	_____ jours
	<input type="checkbox"/> par cas <input type="checkbox"/> par année civile	<input type="checkbox"/> par cas <input type="checkbox"/> par année civile	<input type="checkbox"/> par cas <input type="checkbox"/> par année civile
Durée d'allocation jours par cas (délai d'attente à déduire)	<input type="checkbox"/> 730 jours par cas <input type="checkbox"/> 730 jours dans l'interv. de 900 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 730 jours par cas <input type="checkbox"/> 730 jours dans l'interv. de 900 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 730 jours par cas <input type="checkbox"/> 730 jours dans l'interv. de 900 jours <input type="checkbox"/> _____
Indemnité d'accouchement	_____ %	_____ %	_____ %
Délai d'attente	_____ jours	_____ jours	_____ jours
Durée d'allocation (délai d'attente à déduire)	<input type="checkbox"/> 98 jours <input type="checkbox"/> 112 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 98 jours <input type="checkbox"/> 112 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 98 jours <input type="checkbox"/> 112 jours <input type="checkbox"/> _____

Les indemnités journalières d'accouchement sont versées en complément aux prestations légales. Lorsque cette couverture complémentaire est conclue, les salaires excédentaires sont couverts pour les mêmes prestations.

4 Convention collective de travail

Les personnes à assurer bénéficient-elles d'une convention collective de travail (CCT) comprenant des dispositions relatives à l'assurance indemnités journalières en cas de maladie? oui non

Si oui, dans quelle branche? _____

Le proposant désire-t-il formellement des prestations ne satisfaisant pas entièrement aux dispositions prévues par cette CCT? oui non

5 Coordination avec la Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle (LPP)

Quel est le délai d'attente convenu pour la rente invalidité LPP? 12 mois 24 mois

Quel est l'organisme responsable de la prévoyance professionnelle de votre entreprise? _____

Délai d'attente pour la libération des primes? 3 mois 6 mois _____ mois

6 Primes

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Somme salariale hommes	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
Somme salariale femmes	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
Total somme salariale	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
Taux de primes groupe	_____ %	_____ %	_____ %
Prime annuelle groupe	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
Récapitulatif de primes (groupe 1-3)		Participation aux excédents	
Prime annuelle provisoire (prime minimale CHF 1000.-)	_____ CHF	Part des primes déterminantes en %	_____
Prime payable	_____ – sur une base annuelle	Part des excédents déterminants en %	_____
Echéance de la prime	1 ^{er} janvier		

7 Ancienne assurance

Une assurance indemnités journalières en cas de maladie existe-t-elle ou existait-elle

– pour le personnel à assurer ou une partie de celui-ci? oui non

– pour les personnes à assurer avec revenu annuel convenu? oui non

Si oui: – auprès de quelle compagnie? _____
– no de contrat _____
– prestations _____
– délai d'attente _____
– taux de primes _____

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

Si oui, quand et pour quel motif? _____

Informations relatives à l'évolution du contrat

– primes payées durant les 3 dernières années _____ CHF

– prestations versées durant les 3 dernières années _____ CHF

– masse salariale annuelle moyenne des 3 dernières années _____ CHF

Des propositions d'assurance de personnes pour l'entreprise ou pour des personnes ayant un salaire annuel convenu ont-elles été refusées au cours de ces cinq dernières années?

oui non

Si oui, par quel assureur, quand et pour quel motif? _____

8 Question supplémentaire pour les nouveaux contrats

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	Sexe	Incapacité de travail depuis	Résiliation/retraite prévue au	Degré de l'incapacité de travail	Demande rente AI? Déposée/oui/non	Diagnostic	Salaire annuel CHF
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Validité _____

9 Remarques

Le proposant certifie par la présente avoir répondu en intégralité et en toute honnêteté 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 du fait que, conformément à l'article 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), SWICA est autorisée à faire usage de son droit de résiliation du contrat avec effet immédiat si les indications fournies sont incomplètes ou fausses.

En signant la présente proposition d'assurance, le proposant confirme avoir bien reçu les Conditions générales d'assurance et les éventuelles Conditions spéciales et reconnaît leur caractère juridique obligatoire. Il se déclare lié à la proposition pendant une durée de 14 jours – 4 semaines si un examen médical est requis – et s'engage à payer les primes. Dans la mesure où cela est nécessaire, il autorise SWICA à transmettre des données découlant de l'examen de cette proposition, de la détection d'une possible violation de l'obligation de déclarer ou de l'évolution ultérieure du contrat à des sociétés exerçant leurs activités dans le domaine des assurances au sein du Groupe SWICA et à leurs partenaires d'assurance ou bien à d'autres assureurs. En outre, SWICA est autorisée à collecter des informations auprès de ces organes, le proposant les libère expressément du secret professionnel et de l'obligation de garder le secret à l'égard de l'assureur. Le proposant prend connaissance du fait que ses données peuvent être échangées au sein de l'unité organisationnelle de l'assureur compétent et de ses partenaires d'assurance ainsi qu'entre les sociétés exerçant leurs activités dans le domaine des assurances au sein du Groupe SWICA et ne s'y oppose pas. Ce consentement est donné indépendamment de la conclusion du contrat. La présente procuration peut être révoquée à tout moment par le proposant.

Lieu et date

Signature du proposant

Nom et signature du conseiller

____ Nombre de déclarations sur l'état de santé

Autres annexes _____