

Demande d'offres

Assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

Contrat cadre Association des entreprises électriques suisses AES

Nouveau contrat
 Modification du contrat → CSS N° de police _____
 SWICA N° de police _____

Preneur d'assurance

Entreprise	
Désignation complémentaire	
Rue, n°	
NPA, localité	
Forme juridique	<input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Société en nom collectif <input type="checkbox"/> Société anonyme <input type="checkbox"/> Société à responsabilité limitée <input type="checkbox"/> Société en commandite <input type="checkbox"/> _____
Directeur	
Personne de contact	
N° de téléphone/e-mail	
Type d'entreprise/activité	
Langue	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien
Début prévu de l'assurance	
Durée du contrat	<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 3 ans <input type="checkbox"/> 5 ans
Modalité de paiement	<input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel

Etendue de la garantie souhaitée et données caractéristiques du personnel

Nombre d'employés	_____ Hommes _____ Femmes
Indications relatives au total des salaires Budget 2011	Hommes CHF _____ Femmes CHF _____
Indemnité journalière en cas de maladie	<input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90%
Délai d'attente	<input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 7 jours <input type="checkbox"/> 14 jours <input type="checkbox"/> 21 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 90 jours
Durée de la prestation	730 jours sans le délai d'attente (conforme à la LPP)

Indications relatives à la société d'assurance cédante

<p>1 Existe/existait-il une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie?</p> <p>Si oui, dans quelle société?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>2 Ce contrat a-t-il été résilié?</p> <p>Si oui - quand, par qui et pourquoi?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>3 Cette assurance a-t-elle été révisée ou une révision est-elle prévue?</p> <p>Si oui, quand?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>4 Des demandes d'assurances de personnes pour l'entreprise ou pour des employé-es à salaire fixe ont-elles été refusées au cours de ces 5 dernières années ou soumises à conditions?</p> <p>Si oui, par quel assureur, quand et pourquoi?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>5 Existe-il un contrat de travail collectif comprenant des dispositions relatives à l'obligation du paiement de salaire?</p> <p>Si oui, auprès de quelle association?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>6 Indications relatives au total des salaires des trois dernières années</p>	<p>2008: CHF _____</p> <p>2009: CHF _____</p> <p>2010: CHF _____</p>
<p>7 Somme des indemnités sinistre de l'assureur précédent au cours des trois dernières années ou des versements internes pour les cas d'une durée supérieure à 30 jours</p>	<p>2008: CHF _____</p> <p>2009: CHF _____</p> <p>2010: CHF _____</p>
<p>8 Somme des indemnités sinistre de l'assureur précédent pour l'année en cours ou des versements internes pour les cas d'une durée supérieure à 30 jours</p>	<p>2011: CHF _____</p> <p>Date de référence: ____ . ____ . _____</p>
<p>9 Montant des prestations et délai d'attente de l'ancien contrat d'assurance</p>	<p>_____ % _____ jours délai d'attente</p>

CSS / SWICA est autorisé à demander les chiffres de l'évolution parmi les compagnies d'assurances chez l'assureur actuel dans le cadre du service de renseignement.

Questions supplémentaires relatives aux nouvelles opérations

1	La capacité de travail ou la capacité de gain de l'un de vos collaborateurs est-elle réduite?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2	Des personnes assurées sont-elles enceintes, totalement ou partiellement inaptes à travailler depuis plus de 7 jours?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3	Des personnes assurées souffrent-elle d'une maladie ou de séquelles d'accident pour lesquels on peut s'attendre à une incapacité de travail de plus de 7 jours?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu oui à l'une des 3 questions citées ci-avant, veuillez compléter les indications suivantes pour les personnes concernées:

Numéro d'employé	Date de naissance	Sexe (m/f)	Inapte à travailler depuis (date)	Licenciement/ mise à la retraite le (date)	Degré de l'incapacité de travail (%)	Rente AI attribuée? oui/non/inscrite	Diagnostic	Salaire annuel CHF
<i>Durée prévue de l'incapacité de travail:</i>								
<i>Durée prévue de l'incapacité de travail:</i>								
<i>Durée prévue de l'incapacité de travail:</i>								
<i>Durée prévue de l'incapacité de travail:</i>								

J'atteste par la présente que les réponses à ces questions sont complètes et véridiques.

Lieu, date

Signature