

# PROPOSITION POUR L'ASSURANCE COLLECTIVE D'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE GASTROSUISSE.

Nouveau contrat      Collaborateur/trice  
   du service externe

Modification d'assurance      Intermédiaire

Changement d'assureur      Agent(e) n°  
   DR/Agence

   Holding 0030000/Classe de risque RH/CGA édition

## PRENEUR/EUSE D'ASSURANCE (CHEF/CHEFFE DE L'ENTREPRISE)

N° du décompte AVS

Nom

Prénom

Entreprise

Rue/no

NPA/Localité

Téléphone

(joignable dans la journée)

## COORDONNÉES DE PAIEMENT

Nom de la banque/poste

NPA/Localité

IBAN

CH

## ADRESSE PRIVÉE DU CHEF/DE LA CHEFFE DE L'ENTREPRISE

(si différente de l'adresse de l'entreprise)

Nom

Prénom

Rue/no

NPA/Localité

Téléphone

(joignable dans la journée)

## DÉBUT DE L'ASSURANCE

Jour/mois/année

## DURÉE DU CONTRAT

3 ans

ans

## GROUPES DE PERSONNES/PERSONNES À ASSURER

Personnel (employé(e)s)	Masse salariale annuelle	Nombre de personnes	Délai d'attente	Taux de prime	Prime
Tout le personnel (sans le chef/ la cheffe de l'entreprise)	H F				

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

Propriétaires d'une exploitation travaillant en tant qu'indépendant(e)s et membres de leur famille travaillant dans l'entreprise non soumis aux cotisations AVS

Nom/prénom	Date de naissance (jour/mois/année)	Salaire annuel	Délai d'attente	Taux de prime	Prime
------------	-------------------------------------	----------------	-----------------	---------------	-------

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

Nom/prénom	Date de naissance (jour/mois/année)	Salaire annuel	Délai d'attente	Taux de prime	Prime
------------	-------------------------------------	----------------	-----------------	---------------	-------

Actionnaires uniques ou majoritaires (SA) et associé(e)s d'une S.A.R.L. possédant une majorité dans le capital social (employé(e)s)

Nom/prénom	Date de naissance (jour/mois/année)	Salaire annuel	Délai d'attente	Taux de prime	Prime
------------	-------------------------------------	----------------	-----------------	---------------	-------

**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/La proposant(e) 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/elle a données. Il/Elle est conscient(e) 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/la proposant(e) confirme avoir reçu les CGA et les éventuelles Conditions spéciales et reconnaît leur caractère juridique obligatoire. Il/Elle se déclare lié(e) à la proposition durant 14 jours – quatre semaines si un examen médical est requis – et s'engage à payer les primes correspondantes. Dans la mesure où cela est nécessaire, il/elle 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/de la proposant(e)/  
représentant(e) légal(e)

Nom et signature du conseiller/  
de la conseillère

Annexes:

Nombre de déclarations sur l'état de santé

Agence no

# VOS INTERLOCUTRICES ET INTERLOCUTEURS: LÀ POUR VOUS DANS VOTRE RÉGION.

## SWICA ORGANISATION DE SANTÉ

### DIRECTION GÉNÉRALE

Römerstrasse 38  
8401 Winterthur  
Tél. 052 244 22 33  
[swica@swica.ch](mailto:swica@swica.ch)

### DIRECTION RÉGIONALE

#### BÂLE

Aeschenvorstadt 56  
4010 Bâle  
Tél. 061 270 66 66  
[basel@swica.ch](mailto:basel@swica.ch)

### DIRECTION RÉGIONALE

#### BELLINZONE

Viale Stazione 28a  
6500 Bellinzone  
Tél. 091 821 45 45  
[bellinzona@swica.ch](mailto:bellinzona@swica.ch)

### DIRECTION RÉGIONALE

#### BERNE

Monbijoustrasse 16  
3001 Berne  
Tél. 031 388 11 44  
[bern@swica.ch](mailto:bern@swica.ch)

### DIRECTION RÉGIONALE

#### LAUSANNE

Boulevard de Grancy 39  
1001 Lausanne  
Tél. 021 619 48 48  
[lausanne@swica.ch](mailto:lausanne@swica.ch)

### DIRECTION RÉGIONALE

#### LUCERNE

Hirschmattstrasse 32  
6003 Lucerne  
Tél. 041 248 94 94  
[luzern@swica.ch](mailto:luzern@swica.ch)

### DIRECTION RÉGIONALE

#### ST-GALL

Teufener Strasse 5  
9001 St-Gall  
Tél. 071 499 64 64  
[stgallen@swica.ch](mailto:stgallen@swica.ch)

### DIRECTION RÉGIONALE

#### WINTERTHOUR

Konradstrasse 15  
8401 Winterthur  
Tél. 052 224 58 58  
[winterthur@swica.ch](mailto:winterthur@swica.ch)

### DIRECTION RÉGIONALE

#### ZURICH

Zollstrasse 42  
8031 Zurich  
Tél. 044 404 84 84  
[zuerich@swica.ch](mailto:zuerich@swica.ch)

## GASTROSOCIAL CAISSE DE COMPENSATION

### SIÈGE PRINCIPAL

Buchserstrasse 1  
5001 Aarau  
Tél. 062 837 71 71

### AGENCE POUR LE TESSIN

Via Gemmo 11  
6900 Lugano  
Tél. 091 960 30 00

[info@gastrosocial.ch](mailto:info@gastrosocial.ch)