

ÖKK CAPITAL-RISQUE ACCIDENT

Sécurité en cas de décès et d'invalidité par suite d'accident

COMBLER DES LACUNES D'ASSURANCE

Qui devient invalide à la suite d'un accident doit souvent se contenter de la rente légale minimale. Un décès par suite d'accident peut mettre les survivants dans une situation critique. ÖKK CAPITAL-RISQUE ACCIDENT aide à minimiser ces risques.

PRIMES MENSUELLES DES LE 1^{ER} JANVIER 2011:

Classe	Somme d'assurance en CHF			Primes mensuelles en CHF				
	Décès	Invalidité	Invalidité totale Progression 350 %	Enfants * 0-3 ans	Enfants 4-15 ans	Adolescents 16-20 ans	Hommes 21-65 ans	Femmes 21-65 ans
209/09	10'000.-	100'000.-	350'000.-	2.40	2.50	5.80	8.50	7.10
210/10	10'000.-	150'000.-	525'000.-	3.50	3.60	8.40	12.30	10.30
211/11	10'000.-	200'000.-	700'000.-	4.60	4.80	11.10	16.10	13.50
230/30	10'000.-	300'000.-	1'050'000.-	6.90	7.00	16.30	23.80	19.90
214/14	20'000.-	100'000.-	350'000.-	2.40	2.70	6.30	9.20	7.70
231/31	20'000.-	150'000.-	525'000.-	3.50	3.90	9.00	13.10	11.00
215/15	20'000.-	200'000.-	700'000.-	4.60	5.00	11.60	16.90	14.20
216/16	20'000.-	300'000.-	1'050'000.-	6.90	7.20	16.80	24.60	20.60
20	50'000.-	100'000.-	350'000.-	-	-	7.90	11.50	9.70
21	50'000.-	150'000.-	525'000.-	-	-	10.50	15.40	12.90
22	50'000.-	200'000.-	700'000.-	-	-	13.20	19.20	16.10
32	50'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	18.40	26.90	22.50
24	100'000.-	200'000.-	700'000.-	-	-	15.80	23.00	19.30
25	100'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	21.00	30.70	25.70
26	150'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	23.70	34.50	28.90
33	200'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	26.30	38.40	32.10
34	300'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	31.50	46.00	38.50

ÖKK CAPITAL-RISQUE ACCIDENT est gratuit pour le 3^e enfant et les suivants, dans la mesure où tous les enfants sont assurés de manière équivalente auprès de ÖKK. Le capital versé en cas d'invalidité se détermine en fonction du degré d'invalidité et de la somme d'assurance choisie. Si le degré d'invalidité est de 50%, vous recevez déjà la somme d'assurance simple (colonne «Invalidité»). Ce montant augmente progressivement jusqu'à 350% en cas d'invalidité totale (colonne «Invalidité totale/Progression 350%»). L'assurance peut être conclue jusqu'à l'âge de 65 ans.*

* Pour les enfants jusqu'à l'âge de deux ans et demi, le capital en cas de décès est limité par la loi à un maximum de 2'500 francs.

PROPOSITION D'ASSURANCE ÖKK CAPITAL-RISQUE ACCIDENT

1. Données personnelles et couverture d'assurance

Nom/prénom:	Date de naissance:	Sexe:	Variante d'assurance désirée:	Prime par mois:
-----	-----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	-----	-----

Rue, no: ----- NPA, localité: -----

Téléphone: ----- Profession: -----

Client/e, représentant légal (nom/prénom, date de naissance): -----

2. Début de l'assurance

Je désire être admis/e au ----- dans l'assurance complémentaire ÖKK CAPITAL-RISQUE ACCIDENT.

3. Opérations de paiement (remplir uniquement si ces indications ne sont pas encore connues de ÖKK.)

Compte pour: remboursement facture de prime (LSV) Participation aux coûts

N° IBAN: ----- Compte postal Compte bancaire: -----

Titulaire du compte (nom, prénom, NPA, localité): -----

Mode de paiement: mensuel bimestriel trimestriel semestriel annuel
 Paiement des primes par le biais de mon employeur (assuré collectif)

4. Etat de santé

Je déclare répondre complètement et sincèrement à toutes les questions. Je prends note que les indications inexactes ou manquantes peuvent entraîner la résiliation du contrat, un refus des prestations et une demande en restitution.

1. Avez-vous subi des accidents qui ont nécessité un traitement médical ou thérapeutique? Non Oui
Quels accidents: -----
Dates des accidents: -----

Diagnostic: -----

Traité par: -----

Terminé le: -----

2. Existe-t-il chez vous des séquelles d'un accident? Non Oui
Diagnostic: -----
Traité par: -----

Date du 1^{er} traitement: -----

3. Quels genres de sports pratiquez-vous? Aucune discipline sportive

Sport amateur Lesquels? -----

Sport à l'échelon nat./intern. Quels genres de sports? -----

A quel niveau (ligue, cadres)? -----

5. Déclaration d'adhésion

Je demande pour moi, ou pour la personne dont je suis le représentant légal, l'admission dans l'assurance susmentionnée de ÖKK. Par ma signature, je confirme
- avoir répondu complètement et sincèrement aux questions susmentionnées,
- avoir pris connaissance de l'identité de l'assureur ainsi que des éléments essentiels du contrat d'assurance (risques assurés, étendue de la couverture d'assurance, primes et mes autres obligations, durée minimale du contrat et délais de résiliation),
- accepter les Conditions générales d'assurance (CGA).

J'autorise ÖKK ainsi que les autres répondants de l'assurance demandée selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) à demander les renseignements (notamment sur l'état de santé) qui sont nécessaires à la conclusion des assurances selon la LCA aux médecins, médecins-dentistes, thérapeutes, hôpitaux, autres personnes médicales, ainsi qu'aux assurances-maladie et autres sociétés d'assurance et je les délègue de leur secret professionnel. ÖKK s'engage à traiter de manière confidentielle les informations obtenues. Par ailleurs, j'autorise tous les répondants des assurances demandées à consulter mon dossier d'assurance-maladie auprès de ÖKK.

Lieu et date: -----

Signature: -----
(client/e, représentant légal)