

# ÖKK ASSURANCE PERTE DE GAIN

Passage dans l'assurance individuelle

ÖKK431f/02.26

## Données personnelles du proposant

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_  f  h

Rue, n°: \_\_\_\_\_ NPA, lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Nationalité: \_\_\_\_\_

Etat civil:  célibataire  marié(e)  divorcé(e)  veuf/veuve

## Ancien employeur

Entreprise: \_\_\_\_\_ Police n°: \_\_\_\_\_

Rue, n°: \_\_\_\_\_ NPA, localité: \_\_\_\_\_

Soumis à une CCT: \_\_\_\_\_  oui  non

Nom de la CCT: \_\_\_\_\_

Activité exercée: \_\_\_\_\_

Entrée dans l'entreprise: \_\_\_\_\_ Sortie de l'entreprise: \_\_\_\_\_

Salaire annuel (CHF): \_\_\_\_\_ (joindre une copie du dernier décompte de salaire)

S'agit-il d'un contrat de travail à durée déterminée?  oui  non

Si oui, jusqu'à quand: \_\_\_\_\_

Les rapports de travail ont-ils pris fin pendant la période d'essai?  oui  non

## Confirmation de l'employeur

L'employeur confirme l'exactitude des informations indiquées ci-dessus.

## Devoir d'information de l'employeur

Le collaborateur a été informé de ses droits et obligations selon les Conditions générales d'assurance (devoir d'information de l'employeur) le: \_\_\_\_\_

Lieu/date: \_\_\_\_\_ Signature de l'employeur: \_\_\_\_\_

## Questions supplémentaires au travailleur

Etes-vous actuellement apte à travailler?  oui  non

Etiez-vous en incapacité de travail lorsque vous avez quitté l'entreprise?  oui  non

Si oui, depuis quand? Incapacité de travail en %:

Avez-vous pris un nouvel emploi chez un nouvel employeur?  oui  non

Si oui, auprès de quelle entreprise?

A partir de quand?

Salaire convenu (CHF):

(joindre une copie du décompte de salaire ou du contrat de travail)

Exercerez-vous une activité indépendante après la sortie de l'entreprise?  oui  non

Si oui, laquelle? A partir de quand?

Avez-vous déposé une demande d'octroi d'une indemnité de chômage?  oui  non

Si oui, auprès de quelle caisse de chômage?

(joindre une copie de l'attestation relative au montant de l'indemnité journalière assurée)

Avez-vous des obligations d'entretien à l'égard d'enfants?  oui  non

Touchez-vous des rentes de l'AI, l'AM, la LAA, la LPP ou d'autres assurances?  oui  non

(Si oui, joindre une copie de la décision de rente)

Avez-vous déposé une demande de rente?  oui  non

Si oui, auprès de quelle(s) assurance(s)?

## Déclaration de consentement

Je prends connaissance du fait que lorsque je quitte l'entreprise, je peux demander, dans un délai de 90 jours, le passage dans l'assurance individuelle de ÖKK. Si j'ai droit à une prolongation de la couverture au titre du contrat collectif de mon ancien employeur, mon droit de passage n'est accordé qu'à partir du moment où je présente une capacité de travail d'au moins 50% attestée médicalement ou au plus tard après la fin de l'obligation de verser des prestations.

Par ma signature, je confirme avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu/date: Signature:

J'ai joint les documents suivants à la présente demande:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Les conditions de passage et le maintien de l'assurance sont régis par la loi (LAMal ou LCA) ainsi que par les Conditions générales d'assurance (CGA).