

ÖKK ASSURANCE PERTE DE GAIN

Passage dans l'assurance individuelle

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?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Etiez-vous en incapacité de travail lorsque vous avez quitté l'entreprise?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, depuis quand?	Incapacité de travail en %:
Avez-vous pris un nouvel emploi chez un nouvel employeur?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, laquelle?	A partir de quand?
Avez-vous déposé une demande d'octroi d'une indemnité de chômage?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Touchez-vous des rentes de l'AI, l'AM, la LAA, la LPP ou d'autres assurances?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (Si oui, joindre une copie de la décision de rente)
Avez-vous déposé une demande de rente?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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).