

ÖKK ASSURANCE PERTE DE GAIN

Passage dans l'assurance individuelle

Données personnelles du proposant

Prénom:	Nom:	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> h
Rue, n°:	NPA, lieu:	
Téléphone:	E-mail:	
Date de naissance:	Nationalité:	
Etat civil: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve		

Ancien employeur

Entreprise:	Police n°:
Rue, n°:	NPA, localité:
Soumis à une CCT:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, jusqu'à quand:	
Les rapports de travail ont-ils pris fin pendant la période d'essai?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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).