

Contrat collectif d'assurance
PERTE DE GAIN PENDANT LA MALADIE

INFORMATIONS

NOM OU RAISON SOCIALE _____

ADRESSE PROFESSIONNELLE _____

N°POSTAL - LOCALITE _____

ADRESSE PRIVEE _____

N°POSTAL - LOCALITE _____

IBAN BANCAIRE OU CCP _____

DATE DU DÉBUT D'ACTIVITE _____

CATEGORIE 1: ASSURANCE MALADIE

Le soussigné déclare vouloir adhérer au contrat collectif d'assurance maladie. Il s'engage à inclure, dans l'assurance, **la totalité de son personnel**.

Délai d'attente (cocher la case de votre choix)

- ☐ 3 jours
☐ 7 jours
☐ 14 jours
☐ 30 jours

Montant des salaires annuels: (selon déclaration AVS)

Hommes

CHF

Femmes

CHF

L'assurance, aux conditions du contrat collectif de l'Association des Artisans boulangers-confiseurs du canton de Genève, **doit entrer en vigueur le** _____

Le soussigné (entreprise) s'engage à verser les primes échues dans les délais.

Lieu et date: _____ Timbre et signature: _____