

### Contrat collectif d'assurance PERTE DE GAIN PENDANT LA MALADIE

avec extension facultative aux patrons et membres de leur famille travaillant dans l'entreprise

#### INFORMATIONS

NOM OU RAISON SOCIALE \_\_\_\_\_

ADRESSE PROFESSIONNELLE \_\_\_\_\_

N°POSTAL - LOCALITE \_\_\_\_\_

ADRESSE PRIVEE \_\_\_\_\_

N°POSTAL - LOCALITE \_\_\_\_\_

IBAN BANCAIRE OU CCP \_\_\_\_\_

DATE DU DÉBUT D'ACTIVITE \_\_\_\_\_

#### ASSURANCE FACULTATIVE

Le soussigné déclare vouloir adhérer au contrat collectif d'assurance maladie. Il désire que l'assurance s'étende :

- a) ☐ au patron  
b) ☐ aux membres non-salariés de sa famille travaillant régulièrement dans l'entreprise

Parmi les catégories A et B, il désire assurer:

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SALAIRE ANNUEL CONVENTIONNEL FIXE	salaire maximum assurable CHF 200'000.00
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	

**Délai d'attente** (cocher la case de votre choix) ☐ 14 jours ☐ 30 jours

**La compagnie d'assurance exige un questionnaire de santé pour chaque futur assuré.  
Ce questionnaire est indispensable pour entériner l'affiliation.**

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

Le paiement des primes s'effectue par trimestre. Le soussigné (entreprise) s'engage à verser les primes échues dans les délais.

Lieu et date: \_\_\_\_\_ Timbre et signature: \_\_\_\_\_