

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'ACTIVITÉ _____

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

Parmis 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: _____