

Service de renseignements –
Assurance indemnité journalière collective maladie (sans indemnité d'accouchement)

1. Assureur requérant Choix de la compagnie d'assurances (adresse, code postale, siège) Date: _____ Nom _____	Destinataire _____ _____ _____ _____																																																			
2. Proposant / preneur d'assurance (Nom, adresse, siège)	_____ _____ _____																																																			
3. No de police et durée du contrat Le contrat est-il ou sera-t-il résilié?	_____ Début: _____ Fin : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, avec effet au: _____ par qui : _____																																																			
4. Groupes de pers. assurées (*) Salaire maximal assuré par personne Assurés avec salaires annuels fixes Indemnité journ. / délai d'att. / durée Total des salaires annuels déclarés, sans salaires annuels fixes (si pas encore de décompte établi, total provisoire des salaires annuels)	① _____ CHF _____ H CHF _____ F CHF _____ _____ % _____ jours _____ jours <table border="1" data-bbox="566 779 1011 1030"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Hommes</th> <th>Femmes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Année	Hommes	Femmes																						② _____ CHF _____ H CHF _____ F CHF _____ _____ % _____ jours _____ jours <table border="1" data-bbox="1034 779 1497 1030"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Hommes</th> <th>Femmes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Année	Hommes	Femmes																					
Année	Hommes	Femmes																																																		
Année	Hommes	Femmes																																																		
5. Sinistres (Etat au : _____)	<table border="1" data-bbox="566 1057 1497 1339"> <thead> <tr> <th>Année</th> <th>Nombre de cas</th> <th>Dont nombre en suspens</th> <th>Paiements (CHF)</th> <th>Provisions (CHF)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Année	Nombre de cas	Dont nombre en suspens	Paiements (CHF)	Provisions (CHF)																																											
Année	Nombre de cas	Dont nombre en suspens	Paiements (CHF)	Provisions (CHF)																																																
6. Cas de longue durée (*) (Etat au : _____) Personnes - qui ont épuisé le droit aux prestations et/ou - qui ont été indemnisées pour plus de CHF 10'000.-- par cas et/ou - qui ont un cas en suspens pouvant être transféré au nouvel assureur selon convention de libre passage	<table border="1" data-bbox="566 1370 1497 1733"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Début de l'incapacité de travail</th> <th>Épuisé (e) Liquidé (l) Suspens (s)</th> <th>Paiements (CHF)</th> <th>Provisions (CHF)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td> </td><td>e / l / s</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>2</td><td> </td><td>e / l / s</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>3</td><td> </td><td>e / l / s</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>4</td><td> </td><td>e / l / s</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>5</td><td> </td><td>e / l / s</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>6</td><td> </td><td>e / l / s</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>7</td><td> </td><td>e / l / s</td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				No	Début de l'incapacité de travail	Épuisé (e) Liquidé (l) Suspens (s)	Paiements (CHF)	Provisions (CHF)	1		e / l / s			2		e / l / s			3		e / l / s			4		e / l / s			5		e / l / s			6		e / l / s			7		e / l / s										
No	Début de l'incapacité de travail	Épuisé (e) Liquidé (l) Suspens (s)	Paiements (CHF)	Provisions (CHF)																																																
1		e / l / s																																																		
2		e / l / s																																																		
3		e / l / s																																																		
4		e / l / s																																																		
5		e / l / s																																																		
6		e / l / s																																																		
7		e / l / s																																																		
7. Remarques (par ex. participation d'autres assureurs, réserves, indications concernant l'appréciation du risque) _____ _____																																																				
Date _____	Collaborateur/-trice _____	No de téléphone _____	Signature _____																																																	

(*) S'il y a plus de 2 groupes de personnes et/ou plus de 7 cas de sinistre, veuillez inscrire les données au verso ou sur une feuille annexée

Ce formulaire est à retourner dans les 10 jours ouvrables à dater de la réception de la requête