PROPOSITION D'ASSURANCE-ACCIDENTS COLLECTIVE

SOLIDA ASSURANCES SA

Représentée par:

N° de police: ☐ Nouvelle proposition ☐ Proposition de remplacement

1 PRENEUR D'ASSURANCE

☐ Entreprise ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom / Prénom _____

Nom / Prénom (suite) _____

Rue, no. _____

NPA / Lieu _____

Adresse de correspondance _____

Profession / Type d'activité _____

Téléphone _____

Forme juridique _____

Nombre IDE* _____

Banque / Poste* _____

Numéro IBAN* _____

(* à compléter)

2 ASSURANCE-ACCIDENTS OBL. SELON LA LAA

No. de police _____

2.1 MODE DE PAIEMENT

☐ annuel ☐ semestriel ☐ trimestriel

En cas de paiement semestriel ou trimestriel, SOLIDA facture un supplément de 1,25 % ou 1,875 % respectivement de la prime annuelle. Le supplément s'élève au moins à CHF 10.– par versement échelonné.

2.2 PRIME

Assurance obligatoire	CHF	_____
Assurance facultative	CHF	_____
Total prime annuelle	**CHF**	_____

3 ASSURANCE COMPL. ET SUPPL. LAA

No. de police _____

3.1 MODE DE PAIEMENT

☐ annuel ☐ semestriel ☐ trimestriel

En cas de paiement semestriel ou trimestriel, SOLIDA facture un supplément de 1,25 % ou 1,875 % respectivement de la prime annuelle. Le supplément s'élève au moins à CHF 10.– par versement échelonné.

3.2 PRIME

Assurance complémentaire et supplémentaire LAA	CHF	_____
Rente ass. suppl. LAA	CHF	_____
Risque spécial	CHF	_____
Total prime annuelle	**CHF**	_____

4 DONNÉES CONTRACTUELLES

Début _____ Echéance **31.12.** _____ Echéance de la prime **01.01.** Edition CGA _____

5 REMARQUES

Le proposant déclare par la présente avoir répondu de manière complète et conforme à la vérité aux questions susmentionnées et n'avoir subi aucun accident depuis la date du début du contrat. De plus, le proposant a pris connaissance du fait que SOLIDA n'est pas liée par le contrat en cas de fausses déclarations si elle se départit du contrat dans les quatre semaines après avoir eu connaissance de ce fait (art. 6 LCA).

Il certifie avoir reçu un exemplaire des Conditions générales d'assurance pour l'assurance-accidents collective en complément ou supplément de la LAA (si cette assurance a été demandée). Des accords particuliers entre le proposant et l'intermédiaire / le courtier ne lient SOLIDA que si elle les a établis par écrit.

Preneur d'assurance _____

Agent / Représentant de la compagnie _____

Lieu, date, signature

6 ASSURANCE-ACCIDENTS OBLIGATOIRE SELON LA LAA

6.1 ASSURANCE PRÉLIMINAIRE

	Oui	Non
Existe-t-il ou a-t-il déjà existé une assurance-accidents obligatoire selon la LAA pour l'entreprise à assurer?	☐	☐

Si oui: Auprès de quel assureur? _____ No. de pol. _____ Date de l'annulation _____

Motif de l'annulation? _____

6.2 ASSURANCE OBLIGATOIRE

– **Type d'entreprise ou de profession:** _____

– **Entreprises** ou parties d'entreprise (p. ex.succursales, filiales, etc.) du même type d'activité sur d'autres sites à assurer:

_____

_____

_____

– **Classement / Calcul de la prime:**

Régime tarifaire	N° de risque	Classe AP / Degré	Classe ANP / Sous-classe

Prime AP

Somme des salaires LAA (Hommes)	CHF _____	Taux de prime _____	‰	= CHF _____
Somme des salaires LAA (Femmes)	CHF _____	Taux de prime _____	‰	= CHF _____

Prime ANP

Somme des salaires LAA (Hommes)	CHF _____	Taux de prime _____	‰	= CHF _____
Somme des salaires LAA (Femmes)	CHF _____	Taux de prime _____	‰	= CHF _____

Total CHF _____
(à reporter sur la page 1, chiffre 2.2)

Pour les AP et les ANP, une prime minimale de CHF 100.– s'applique. Les frais administratifs et la contribution à la prévention des accidents sont compris dans ces montants.

6.3 ASSURANCE FACULTATIVE

– **Personnes assurées:**

Personne n°			Nom / Prénom	Date de naissance	Personne de condition indépendante	Membre de la famille travaillant dans l'entreprise
1	☐ H	☐ F			☐	☐
2	☐ H	☐ F			☐	☐
3	☐ H	☐ F			☐	☐
4	☐ H	☐ F			☐	☐

– **Classement / Calcul de la prime**

Régime tarifaire	N° de risque	Classe AP / Degré	Classe ANP / Sous-classe

Personne no.	Taux de prime AP + ANP	Revenu annuel assuré	Prime
1	_____ ‰	CHF _____	CHF _____
2	_____ ‰	CHF _____	CHF _____
3	_____ ‰	CHF _____	CHF _____
4	_____ ‰	CHF _____	CHF _____

Total CHF _____
(à reporter sur la page 1, chiffre 2.2)

7 ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ET SUPPLÉMENTAIRE

7.1 ASSURANCE PRÉLIMINAIRE

Existe-t-il ou a-t-il déjà existé une assurance complémentaire ou supplémentaire LAA pour l'entreprise à assurer? Oui ☐ Non ☐

Si oui: Auprès de quel assureur? _____ No. de pol. _____ Date de l'annulation _____

Motif de l'annulation? _____

Une proposition d'assurance complémentaire ou supplémentaire a-t-elle été refusée? Oui ☐ Non ☐

Ou a-t-elle été acceptée à des conditions aggravées? ☐ ☐

Si oui: Quand? _____ No. de police. _____

De quel assureur? _____

Motif? _____

7.2 ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE (SALAIRES LAA)

A ne remplir que si les données diffèrent de celles du chiffre 6.2 ou en cas de demande exclusive d'assurance complémentaire ou supplémentaire LAA.

– **Type d'entreprise ou de profession:** _____

– **Entreprises** ou parties d'entreprise (p. ex.succursales, filiales, etc.) du même type d'activité sur d'autres sites à assurer:

_____

_____

7.3 GROUPES DE PERSONNES / PERSONNES À ASSURER

N° (base pour le calcul des primes du chiffre 9)	Système des salaires LAA	Salaires excédentaires (max. CHF 200'000.– par personne)	Système par tête Sommes fixes	Taux AP LAA ‰ *
1 _____	☐	☐	☐	_____
2 _____	☐	☐	☐	_____

* Pour le classement dans les classes de risque, le taux AP LAA est toujours déterminant dans l'assurance de groupes de personnes ou de personnes individuelles. Exception: pour les groupes de personnes sans activité artisanale et / ou physique, la classe de risque 1 s'applique.

7.4 ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE (SALAIRES EXCÉDENTAIRES)

L'assurance dans le cadre des salaires excédentaires n'est possible pour les personnes citées ci-après que si le revenu assuré dépasse le plafond LAA dans l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA.

Nom / Prénom	Date de naissance	Groupe n°	Salaire excédentaire
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____

Augmentation du salaire excédentaire (uniquement dans l'assurance des salaires excédentaires)
Souhaitez-vous augmenter le salaire excédentaire défini au chiffre 23.1, deuxième retrait, des CGA? Oui ☐ Non ☐

Si oui, augmenter à CHF _____ Augmentation souhaitée uniquement pour le(s) groupe(s) n° _____ .

7.5 RENTE ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE LAA

Rente de survivants ☐ Assuré Taux _____ ‰

Rente d'invalidité ☐ A vie ou ☐ jusqu'à l'âge de la retraite AVS Taux _____ ‰

Total rente sur salaire excédentaire de CHF _____ Taux _____ ‰ = CHF _____

(à reporter sur la page 1, chiffre 3.2)

7.6 RISQUE SPÉCIAL

Souhaitez-vous assurer également le risque spécial? Oui ☐ Non ☐

Si oui: **Supplément de** _____ ‰ **sur la somme des salaires LAA de CHF** _____ = CHF _____

(à reporter sur la page 1, chiffre 3.2)

8 PRESTATIONS D'ASSURANCE ET PRIMES

Régime tarifaire: _____

Groupe 1	Prestations	Primes	Prestations	Primes	Prestations	Primes
	Salaires LAA	Classe _____	**Salaires excéden.**	Classe _____	**Sommes fixes**	Classe _____
Frais de guérison	☐ Oui ☐ Non	_____ ‰			☐ Oui ☐ Non	CHF _____
Ind. journ. hosp.	____ % du salaire journ.	_____ ‰	____ % du salaire journ.	_____ ‰	CHF _____	CHF _____
Ind. journ. 1er et 2e j.	____ % du salaire journ.				CHF _____	CHF _____
et/ou	____ % du salaire journ.		____ % du salaire journ.		à partir du _____ jour	
à partir du	_____ jour	_____ ‰	_____ jour	_____ ‰	plus CHF _____	CHF _____
					à partir du _____ jour	
Invalidité	____ x le salaire annuel	_____ ‰	____ x le salaire annuel	_____ ‰	CHF _____	CHF _____
Variante	☐ sans progression		☐ sans progression		☐ sans progression	
	☐ variante A		☐ variante A		☐ variante A	
	☐ variante B		☐ variante B		☐ variante B	
Décès	____ x le salaire annuel	_____ ‰	____ x le salaire annuel	_____ ‰	CHF _____	CHF _____
Taux de prime brute		_____ ‰		_____ ‰	Prime par pers. CHF _____	
Masse sal. ann.	CHF _____		CHF _____		Nombre de personnes _____	
Prime brute	CHF _____		CHF _____		Prime brute CHF _____	

Groupe 2	Prestations	Primes	Prestations	Primes	Prestations	Primes
	Salaires LAA	Classe _____	**Salaires excéden.**	Classe _____	**Sommes fixes**	Classe _____
Frais de guérison	☐ Oui ☐ Non	_____ ‰			☐ Oui ☐ Non	CHF _____
Ind. journ. hosp.	____ % du salaire journ.	_____ ‰	____ % du salaire journ.	_____ ‰	CHF _____	CHF _____
Ind. journ. 1er et 2e j.	____ % du salaire journ.		____ % du salaire journ.		CHF _____	CHF _____
et / ou	____ % du salaire journ.		____ % du salaire journ.		à partir du _____ jour	
à partir du	_____ jour	_____ ‰	_____ jour	_____ ‰	plus CHF _____	CHF _____
					à partir du _____ jour	
Invalidité	____ x le salaire annuel	_____ ‰	____ x le salaire annuel	_____ ‰	CHF _____	CHF _____
Variante	☐ sans progression		☐ sans progression		☐ sans progression	
	☐ variante A		☐ variante A		☐ variante A	
	☐ variante B		☐ variante B		☐ variante B	
Décès	____ x le salaire annuel	_____ ‰	____ x le salaire annuel	_____ ‰	CHF _____	CHF _____
Taux de prime brute		_____ ‰		_____ ‰	Prime par pers. CHF _____	
Masse sal. ann.	CHF _____		CHF _____		Nombre de personnes _____	
Prime brute	CHF _____		CHF _____		Prime brute CHF _____	

Rabais masse sal. (si la masse sal. ann. s'élève au moins à CHF _____) ____ %
Rabais majorité (si au moins _____ personnes sont assurées) ____ %
Rabais combiné (no. de police base LAA _____) ____ %
Rabais fidélité ____ pour années de durée contractuelle ____ %
☐ Renoncement à la part. à l'excédent (prime brute de CHF 5'000 ou plus) ____ %
autres rabais / suppléments _____ ____ %

Total rabais / suppléments (– / +) ____ %

Groupe 1
Salaires LAA CHF _____
Salaires excéden. CHF _____
Sommes fixes CHF _____
Groupe 2
Salaires LAA CHF _____
Salaires excéden. CHF _____
Sommes fixes CHF _____
Total prime brute CHF _____
→ CHF _____
Total prime nette CHF _____
(à reporter sur la page 1, chiffre 3.2)

Conditions particulières:

06.2018 / 2123