

Demande d'offre

pour le passage de l'assurance perte de salaire en cas de maladie (assurance collective) à l'assurance maladie pour personnes privées (assurance individuelle)

Preneur d'assurance

Monsieur Madame

Nom, prénom	Date de naissance
Adresse (rue n°, NPA localité)	
Etat civil	Profession
Téléphone	E-mail
Nom de l'employeur	Police no. (assurance collective)
Date d'entrée dans l'entreprise	Date de sortie de l'entreprise

Salaire annuel brut (sans allocations familiales/pour enfants)

Veuillez svp joindre une copie de la dernière attestation de salaire

CHF Avez-vous des enfants à charge? Oui Non

Motif du libre passage

Chômage et droit à l'indemnité de chômage

Veuillez joindre une copie du décompte de l'assurance-chômage

Le nouvel employeur n'a aucune assurance perte de salaire en cas de maladie

Veuillez joindre une confirmation du nouvel employeur relative à l'obligation de verser le salaire ou une copie du règlement

Renonciation à l'activité lucrative

(sans annonce à l'assurance-chômage)

Nouveau indépendant

Veuillez nous communiquer le nouveau revenu

CHF

Incapacité de gain

Existe-t-il un sinistre en cours? Oui Non

Si oui, no du sinistre:

Congé impayé

de à

Remarques

Veillez renvoyer le formulaire complété à:

Zurich Compagnie d'Assurances SA
Underwriting Personenversicherung Einzel und Übertritte
Case postale
8085 Zurich

ou par e-mail à: KTG_uebertritt@zurich.ch