

Formulaire d'inscription pour le passage de l'assurance collective perte de salaire en cas de maladie à l'assurance individuelle

Questions complémentaires relatives au libre passage

Nom de l'employeur

Numéro du contrat collectif

Questions relatives à la personne à assurer

Monsieur Madame

Nom, prénom

Date de naissance

Rue

Etat civil

No postal/localité

Profession

Téléphone pour toute question

Adresse e-mail

Date d'entrée dans l'entreprise

Date de sortie de l'entreprise

Salaire annuel brut (sans allocations familiales/pour enfants)

Veillez svp joindre une copie de la dernière attestation de salaire.

Avez-vous des enfants à charge?

oui non

Motif du libre passage

Chômage et droit à l'indemnité de chômage

Veillez joindre une copie du décompte de l'assurance-chômage!

Nouveau indépendant

Veillez nous communiquer le nouveau revenu

CHF

Le nouvel employeur n'a aucune assurance collective perte de salaire en cas de maladie pour son personnel

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

Incapacité de gain

Existe-t-il un sinistre en cours?

oui non

Si oui, no du sinistre:

Renonciation à l'activité lucrative

(sans annonce à l'assurance-chômage)

Congé impayé

de à

Remarques

Signature

Lieu et date

Signature

Veillez renvoyer le formulaire complété à:
 Zurich Compagnie d'Assurances SA
 Underwriting Assurance de personnes Clientèle privée
 Case postale
 8085 Zurich
 ou par e-mail à: KTG_Uebertritt@zurich.ch