

Formulaire de demande d'offre IJM

Date de commande

1 Données de base du client		Entreprise	
Téléphone		Rue, n°	
Forme juridique		NPA, localité	
Année de fondation		Branche/activité	
Assujetti à une CCT	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, nom de l'association		
Assureur LPP	<input type="checkbox"/> SwissLife <input type="checkbox"/> Swisssanto		
2 Données du contrat assureur précédent			
Assureur précédent	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, société	N° de police	
		Motif de la résiliation	
Fin du contrat		Date	
3 Évolution des sinistres			
Sinistres au cours des 3 dernières années?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Demande par Helsana auprès de l'assureur précédent. Délai de traitement 10 jours.)		
Sinistres en cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Début, durée escomptée, degré de l'incapacité de travail en %)		
4 Données du contrat IJM			
<input type="checkbox"/> Début du contrat Helsana		Date	
<input type="checkbox"/> Employés		Nombre d'hommes	Somme salariale AVS CHF
		Nombre de femmes	Somme salariale AVS CHF
		Couverture	<input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 100%
		Délai d'attente en jours	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> jours suivants
		Durée des prestations	<input type="checkbox"/> 730 jours par cas (LCA), coordination LPP <input type="checkbox"/> 730 jours dans une période de 900 jours (LCA) <input type="checkbox"/> 720 jours dans une période de 900 jours (LAMal)
Indemnité de naissance	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, en complément à l'allocation de maternité selon la LAPG		
		Durée des prestations <input type="checkbox"/> 14 semaines (LCA uniquement) <input type="checkbox"/> 16 semaines	
<input type="checkbox"/> Titulaire/membres de la famille travaillant dans l'entreprise		1 Nom, prénom	
		Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
		Somme salariale fixe/prestations	CHF (100%)
		2 Nom, prénom	
		Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
		Somme salariale fixe/prestations	CHF (100%)
<input type="checkbox"/> Maladie		Délai d'attente en jours	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90
<input type="checkbox"/> Accident		Durée des prestations	<input type="checkbox"/> 730 jours par cas (LCA), coordination LPP <input type="checkbox"/> 730 jours dans une période de 900 jours (LCA) <input type="checkbox"/> 720 jours dans une période de 900 jours (LAMal)
Remarques			
Demandeur de l'offre	Nom	Entreprise	
	Téléphone	E-mail	
Destinataire (AG, adresse mail AG, n° de fax)			