

Formulaire de demande d'offre LAA/LAA-C

Date de commande

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"/> Swisscanto		
Données du contrat assureur précédent			
Assureur précédent (LAA/LAA-C) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, société	/		
	N° de police /		
	Motif de résiliation <input type="checkbox"/> LAA (SUVA)		
Fin du contrat	Date		
<input type="checkbox"/> Données du contrat LAA/LAA-C			
<input type="checkbox"/> Début du contrat Helsana	Date		
Calcul des primes	N° de risque	Taux de primes SUVA définitifs % AP	ANP
<input type="checkbox"/> Assurance obligatoire			
Assurance AP (salaires jusqu'au montant max. LAA <= CHF 148 200.-)	Nombre d'hommes (M)	Masse salariale M CHF	
	Nombre de femmes (F)	Masse salariale F CHF	
Assurance ANP (uniquement salaires > 8 h/semaine)	Nombre d'hommes	Masse salariale M CHF	
	Nombre de femmes	Masse salariale F CHF	
Salaires dépassant le montant maximum LAA (> CHF 148 200.-)		Masse salariale M CHF	
		Masse salariale F CHF	
<input type="checkbox"/> Assurance facultative			
Nom, prénom	Date de naissance	Propriétaire d'entreprise	Gain CHF
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hommes Femmes
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> LAA-C			
Frais de traitement	<input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Demi-privée		
Indemnité journalière	<input type="checkbox"/> 100% 1 ^{er} + 2 ^e jours et <input type="checkbox"/> 10% jours de délai d'attente ou <input type="checkbox"/> 20% jours de délai d'attente		
Capital invalidité	X salaire annuel (1 à 6 fois) <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350%		
Capital décès	X salaire annuel (1 à 6 fois le salaire annuel)		
Risque spécial	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Salaires dépassant le montant maximum LAA			
Indemnité journalière	<input type="checkbox"/> 80% jours <input type="checkbox"/> 90% jours de délai d'attente <input type="checkbox"/> 100% jours de délai d'attente		
Capital invalidité	X salaire annuel (1 à 6 fois) <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350%		
Rente d'invalidité	<input type="checkbox"/> Jusqu'à l'âge AVS <input type="checkbox"/> Selon la LAA (à vie)		
Capital décès	X salaire annuel (1 à 6 fois le salaire annuel)		
Rente de survivant	<input type="checkbox"/> Jusqu'à l'âge AVS <input type="checkbox"/> Selon la LAA (à vie)		
Remarques			
Demandeur de l'offre	Nom	Entreprise	
	Téléphone	E-mail	
Destinataire (AG, adresse mail AG, n° de fax)			