

Sortie de l'assurance collective d'indemnités journalières et/ou de l'assurance complémentaire LAA

Personne assurée	Nom, prénom
<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Rue, n°
Date de naissance	NPA, localité
Nationalité	Téléphone
Autorisation de séjour	Courriel
Profession	Mobile
Êtes-vous domicilié(e) à l'étranger?	<input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, disposez-vous d'un point de rattachement en Suisse (ex. salaire provenant d'un travail, revenu d'une activité lucrative indépendante)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

*Les personnes domiciliées à l'étranger et sans point de rattachement ne bénéficient pas du droit de passage.

Lors de la sortie d'une assurance collective d'indemnités journalières, vous avez le droit, dans un délai de 3 mois et sans nouvel examen de santé, d'être transféré/e dans l'assurance individuelle d'indemnités journalières ou dans l'**assurance-accidents individuelle** d'Helsana.

Déclaration de l'assuré/e

<input type="checkbox"/> Je vais quitter/J'ai quitté l'entreprise.	Pour quelle date?
<input type="checkbox"/> Le contrat d'assurance collectif de mon employé sera résilié/a été résilié.	Pour quelle date?
<input type="checkbox"/> Je suis intéressé/e à maintenir mon (mes) assurance(s) et souhaite recevoir une offre sans engagement.	Pour quelle(s) assurance(s)? <input type="checkbox"/> Assurance individuelle d'indemnités journalières <input type="checkbox"/> Assurance-accidents individuelle
<input type="checkbox"/> Je renonce à mon droit de garder les assurances correspondantes.	Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de répondre aux questions suivantes; il vous suffit de signer le formulaire.
<input type="checkbox"/> Je souhaite un conseil en assurances sans engagement de ma part.	À quel moment suis-je joignable?

Questions complémentaires (répondre uniquement si vous souhaitez recevoir une offre de transfert)

1 Êtes-vous en incapacité de travail?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, pourquoi? <input type="checkbox"/> Maladie* <input type="checkbox"/> Accident
2 Êtes-vous au chômage?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si possible joindre la copie du premier décompte / de la première attestation de l'AC.
3 Êtes-vous encore employé à temps partiel chez votre employeur actuel?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, à quel taux (pourcentage)?
4 Restez-vous employé(e) en Suisse?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, en tant que	<input type="checkbox"/> Employé(e) <input type="checkbox"/> Indépendant(e)
Si oui, votre nouvel employeur dispose-t-il d'une assurance d'indemnités journalières collective?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Adresse de l'employeur ou de l'entreprise pour les indépendants	

À partir de quand (employeur/indépendant)?

Par ma signature, j'atteste avoir été informé/e de mon droit de transfert dans les assurances individuelles d'Helsana. J'ai également pris connaissance du fait que ma couverture d'assurance indemnités journalières et/ou d'assurance complémentaire LAA de mon ancien employeur s'éteint à la fin du contrat de travail. Je confirme l'exactitude des données fournies.

Lieu et date	Signature
--------------	-----------

Personne assurée

Nom, prénom

Lieu

Indications de l'employeur

Nom de l'entreprise

Rue, n° / case postale

NPA, localité

Personne de référence

Téléphone

Fax

Courriel

Existe-t-il un contrat de travail à durée limitée?

 Non Oui

Si oui, indication de la durée/période

Départ durant la période d'essai?

 Non Oui**Remarques importantes**

- Si votre salaire actuel se situe en-deça de la prestation assurée jusqu'à présent dans le contrat collectif, vous pouvez supprimer l'indemnité journalière dans l'assurance individuelle de telle sorte qu'il n'y ait pas de surassurance. Nous attirons votre attention sur le fait qu'une augmentation ultérieure de la couverture d'assurance ne serait possible qu'après examen de l'état de santé.
- La prestation est dans tous les cas limitée à la perte de revenu attestée.

En cas de demande de transfert, nous avons besoin des indications supplémentaires suivantes:**1** Arrivée dans l'entreprise

Date

2 Salaire annuel assuré

CHF

3 Numéro d'assuré/e**4** Groupe de personnes assurées
(désignation, s'il y en a plusieurs)**Assurance collective d'indemnités journalières****Assurance complémentaire LAA****5** Assurance collective d'indemnités journalières

Prestation

% du salaire

Délai d'attente

jours

Lieu et date

Timbre et signature

Prière de remplir ce formulaire intégralement et de l'envoyer à votre agence générale compétente.