



C^{IE} D'ASSURANCE



CONTRAT N°

sinistre n°

Preneur d'assurance

nom/firme
succursale
rue
NP/localité
 privé
 prof.
 fax

compte postal/bancaire
banque/filiale à
International Bank Account Number (N° IBAN)
êtes-vous soumis à la TVA ? oui non
n° TVA

Personne assurée

nom
prénom
profession/activités
rue
NPA/localité
 privé
 prof.
 fax
né(e) le état civil
compte postal/bancaire
banque/filiale à

employé comme (indication de la profession et description de l'activité)
date d'entrée en service
activité physique durant le travail
 faible
 moyenne
 intense
 charges soulevées
poids:
fréquence
 x par jour
 x par semaine
 rarement
position au travail
 assise
 debout
 alternativ. assis/debout
redevable de l'impôt à la source? oui non

Maladie [déclaration d'accouchement, voir page 2]

nature de la maladie
l'assuré a-t-il repris le travail ? oui non
si oui, depuis quand?
y a-t-il une incapacité de travail ? oui non partielle totale
si oui, depuis quand?
durée probable

Médecin

médecin traitant
nom/prénom
rue
NP/localité
 prof.
 fax
début du traitement médical
le patient a-t-il déjà souffert de la même maladie? oui non
quand?
par quel médecin a-t-il été traité à l'époque?





Horaire de travail de la personne assurée

jours par semaine

heures par jour

heures par semaine

heures de travail hebdomadaires de l'entreprise

occupation irrégulière

si oui, dans quelle mesure? chômage partiel

Déclaration d'accouchement

terme prévu pour l'accouchement

médecin traitant

Salaire de la personne assurée

	CHF par			
	heure	jour	mois	année
en espèce				
salaire de base (brut)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
allocation de renchérissement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
à la tâche/commission	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
allocation pour enfants/famille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
indemnités pour vacances/jours fériés % ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
autres allocations (préciser)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
..... gratification/13ème salaire % ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
en nature (préciser)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autres prestations d'assurances sociales

existe-t-il d'autres assurances ? oui non
(p. ex. caisse maladie)

si oui, société

n° de police

La personne soussignée autorise la compagnie d'assurance à consulter le dossier médical et les documents officiels. En outre, elle consent à ce que la compagnie d'assurance transmette les données nécessaires à la liquidation du sinistre à des tiers, notamment aux assureurs intéressés, et qu'elle se procure tous renseignements utiles auprès de celui-ci.

.....
Lieu et date

.....
Signature de la personne assurée
(si autre que le preneur d'assurance)

.....
Signature du preneur d'assurance

Ce formulaire doit impérativement comporter des signatures légales.

Nous vous invitons ainsi à l'imprimer, le signer, et nous le retourner soit par fax au n° 022 909 12 22, soit par courrier adressé à :

Areas SA, Rue Plantamour 16, Case postale 41, 1211 Genève 21

... ou encore à l'imprimer, le signer, le scanner et nous le renvoyer par email à l'adresse info@areas.ch

Vous pouvez entrer ici vos éventuels commentaires :



imprimer maintenant

