

Demande d'offre perte de gain selon la LCA au contrat-cadre au contrat-cadre Hôtellerie-restauration CCNT.

- Entreprise individuelle (avec adresse privée du ou de la propriétaire)
 personne juridique SA Sarl

Nom de l'entreprise _____
Adresse _____
NPA/Lieu _____
Adresse privée (pour entreprise ind.) _____
Personne compétente _____
Téléphone _____ Courriel _____
Début de l'assurance 1. _____
Nombre de collaborateurs _____ No CCNT _____
Assureur précédent _____

Cercle de personnes assurées et prestations: employeur/personne exerçant un activité indépendante

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Variante d'assurance *win*

- Prestations assurées 80% de la masse salariale annuelle fixe (assurance dommages)
 100% de la masse salariale annuelle fixe (assurance dommages)

Délai d'attente 0 jours 3 jours 7 jours
 14 jours 30 jours 60 jours

Maternité assurer ne pas assurer

Jouissance du salaire assurer ne pas assurer

Risque accident assurer ne pas assurer

Masse salariale annuelle fixe _____ francs

Cercle de personnes assurées et prestations: employés

Femmes

Variante d'assurance *win*

Préstations assurées 80% de la masse salariale brute AVS

Délai d'attente 0 jours 3 jours 7 jours
 14 jours 30 jours 60 jours

Maternité assurer ne pas assurer

Jouissance du salaire assurer ne pas assurer

Masse salariale brute AVS _____ francs

Hommes

Variante d'assurance *win*

Préstations assurées 80% de la masse salariale brute AVS

Délai d'attente 0 jours 3 jours 7 jours
 14 jours 30 jours 60 jours

Jouissance du salaire assurer ne pas assurer

Masse salariale brute AVS _____ francs