

Sortie de l'assurance perte de gain collective

Avec la résiliation du contrat de travail avec votre employeur s'éteint également la couverture de l'assurance perte de gain collective. En tant qu'employeur, vous êtes dans l'obligation d'informer l'employé par écrit de son droit de transfert vers l'assurance individuelle et du délai de trois mois correspondant. Pour l'employé, le délai débute à réception de la notification écrite et au plus tard à la date de sortie de l'assurance collective.

Données personnelles concernant la personne assurée

| | | |
|--------------------|-----------------|--|
| Prénom | Nom | Sexe |
| | | <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin |
| Date de naissance | Téléphone privé | |
| | | |
| Adresse, NPA, Lieu | | |
| | | |

Déclaration de la personne assurée

En quittant l'entreprise, j'ai le droit, sous trois mois, de demander mon transfert dans l'assurance perte de gain individuelle *d'innova* sans avoir à passer un nouvel examen de santé.

J'ai quitté/je vais quitter l'entreprise _____ le _____

- je suis au chômage (l'attestation d'inscription à l'assurance chômage doit obligatoirement être jointe)
 je me mets à mon compte.
 j'abandonne définitivement mon activité professionnelle
 je suis incapable de travailler au cause de _____
 j'ai mon domicile fixe à l'étranger
 j'ai un nouvel employeur
 Divers _____
(Une raison doit être cochée/complétée dans tous les cas)

- Oui, je désire prolonger mon assurance perte de gain et souhaiterais une offre sans engagement de ma part.
 Non, je renonce à prolonger mon assurance perte de gain.

De par ma signature, j'atteste avoir été informé sur mon droit au transfert vers l'assurance individuelle *d'innova*. Je prends note que mon assurance perte de gain s'éteint avec ma sortie de l'assurance collective, dans le cas où je ne souhaiterais pas profiter de mon droit au transfert.

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

Données de l'employeur

Si l'employé souhaite prolonger son assurance perte de gain, nous avons besoin de suivantes données:

| | | | |
|---------------|-----------------|-----------------|----------------|
| No de contrat | Date d'embauche | Salaire mensuel | Salaire annuel |
| | | | |

Contrat de travail résilié : Oui, Date de sortie : _____ non

Ancienne couverture d'assurance _____% du revenu dès _____ jour

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

Merci de retourner ce formulaire dûment rempli à *innova*, quelque soit la formule choisie.

➔ Le formulaire est valable en relation avec les conditions générales d'assurance (CGA) actuelles.