

## Convention d'affiliation (CA) au contrat-cadre pour les personnes exerçant une activité indépendante et n'employant pas de personnel (N° 1143)

- Nouvelle proposition  Complète police N° \_\_\_\_\_  
 Demande de modification (augmentation, baisse)  Remplace police N° \_\_\_\_\_

<b>Personne assurée (adresse privée; le domicile de droit civile doit être en Suisse)</b>	Activité indépendante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Nom _____	Prénom _____		
Date de naissance _____	Sexe	m <input type="checkbox"/>	f <input type="checkbox"/>
Rue/Case postale _____	NPA/Localité _____		
Profession _____	Nationalité _____		
Etrangers: permis de séjour _____ (prière de joindre une copie)	en Suisse depuis le _____		
<b>Preneur d'assurance et payeur de prime (adresse professionnelle)</b>			
Société/Nom _____	Rue/Case postale _____		
NPA/Localité _____	Téléphone prof. _____		
Personne compétente _____	Téléphone privé _____		
Courriel _____	N° de mobile _____		
Branche/Activité _____	Forme juridique _____		
Inscription au registre de commerce	oui <input type="checkbox"/>	(prière de joindre une copie)	non <input type="checkbox"/>
<b>Relation de paiement</b>			
Nom et lieu de la banque _____	IBAN _____		
IBAN (compte postal) _____			
<b>Indemnité journalière assurée</b> _____ francs	<b>Délai d'attente</b> _____ jours		
<b>(minimum 100 francs par jour)</b>			
<b>Variante d'assurance</b> <i>cash</i>			
<input type="checkbox"/> assurance de dommages	<input type="checkbox"/> assurance de sommes		
<b>Risque accident</b> <input type="checkbox"/> assurer	<input type="checkbox"/> ne pas assurer		
<b>Taux de primes</b> _____			
<b>Prime annuelle</b> _____ francs	<b>Début d'assurance</b> 1 <sup>er</sup> _____		
<b>Mode de paiement</b> <input type="checkbox"/> annuellement <input type="checkbox"/> semestriellement <input type="checkbox"/> trimestriellement			
Le montant minimal par facture est 500 francs.			
<b>Courtier/intermédiaire n°</b> _____	<b>N° de client</b> _____	(merci de ne pas remplir ce champ)	

Prime annuelle par tranche d'indemnité journalière assurée de 10 francs par la conclusion d'une assurance jusqu'à l'âge de 60 ans

**cash: taux de primes de 16 à 45 ans  
assurance de dommages**

Délai d'attente par cas	Maladie	Maladie/Accident
14	130.80	170.40
30	61.20	79.20
60	36.00	46.80
90	24.00	31.20

**cash: taux de primes de 16 à 45 ans  
assurance de sommes**

Délai d'attente par cas	Maladie	Maladie/Accident
14	170.40	222.00
30	79.20	103.20
60	46.80	61.20
90	31.20	40.80

**cash: taux de primes de 46 à 55 ans  
assurance de dommages**

Délai d'attente par cas	Maladie	Maladie/Accident
14	164.40	213.60
30	76.80	99.60
60	45.60	58.80
90	30.00	39.60

**cash: taux de primes de 46 à 55 ans  
assurance de sommes**

Délai d'attente par cas	Maladie	Maladie/Accident
14	213.60	277.20
30	99.60	129.60
60	58.80	76.80
90	39.60	51.60

**cash: taux de primes à partir de 56 ans  
assurance de dommages**

Délai d'attente par cas	Maladie	Maladie/Accident
14	226.80	295.20
30	110.40	144.00
60	64.80	84.00
90	43.20	56.40

**cash: taux de primes à partir de 56 ans  
assurance de sommes**

Délai d'attente par cas	Maladie	Maladie/Accident
14	295.20	384.00
30	144.00	187.20
60	85.20	110.40
90	56.40	73.20

Le passage dans le groupe d'âge supérieur intervient au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, à savoir à la fin des 45 et 55 ans.

### Assureur et déroulement de l'assurance

L'assureur est *innova* Versicherungen AG. Tout ce qui se réfère au déroulement de l'assurance est de la responsabilité d'*innova*.

### Attribution à des groupes d'âge

Le groupe tarifaire plus élevé s'applique à partir de l'année qui suit celle où l'assuré a atteint 46 resp. 56 ans, indépendamment de la date de conclusion de l'assurance.

### Durée du contrat

Cette convention d'affiliation est conclue pour une durée indéterminée. Elle peut être dénoncée par les deux parties trois mois au moins avant la fin de l'année civile en cours. La résiliation du contrat-cadre n'entraîne pas automatiquement la suspension de la convention d'affiliation.

### Autres dispositions

Sont prises pour base les conditions générales d'assurance (CGA) pour l'assurance individuelle de perte de gain selon la LCA (*win* et *cash*), actuelles et, le cas échéant, les conditions complémentaires (CC) au contrat-cadre sur l'assurance de sommes pour les travailleurs indépendant n'employant pas de personnel (no. 1143) actuelles.

### Questions vous concernant

1. Depuis quand exercez-vous une activité indépendante? \_\_\_\_\_
2. Avez-vous été sans emploi durant ces deux dernières années? oui  non
- Si oui, quand: \_\_\_\_\_  
combien de temps: \_\_\_\_\_
3. L'admission dans une assurance d'indemnité journalière a-t-elle été refusée, différée ou assortie de conditions plus strictes? oui  non
- Si oui, quand: \_\_\_\_\_  
motif: \_\_\_\_\_  
chez quel assureur: \_\_\_\_\_

### Questions concernant votre état de santé

4. Avez-vous actuellement des problèmes de santé? oui  non
5. Votre capacité de travail est-elle réduite? oui  non
6. Avez-vous connu une incapacité de travail de plus de deux semaines au cours des cinq dernières années? oui  non
7. Faites-vous actuellement l'objet d'un traitement, d'un contrôle ou d'une vérification médical(e), thérapeutique ou de médecine complémentaire? oui  non
8. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des cinq dernières années d'une maladie, d'une suite d'accident et/ou d'une infirmité (y compris addictions telles que drogue, médicaments, alcool, boulimie, etc.)? oui  non
9. Des traitements médicaux, thérapeutiques et/ou de médecine complémentaire, des vérifications, des opérations ou des cures sont-ils en vue? oui  non
10. Avez-vous des séquelles d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale? oui  non
11. Avez-vous fait l'objet d'un traitement, d'un contrôle ou d'une vérification médicale, thérapeutique ou de médecine complémentaire les cinq dernières années? oui  non
12. Des médicaments vous ont-ils été administrés ou prescrits les cinq dernières années? oui  non
13. Avez-vous effectué un test de dépistage du SIDA? oui  non
- Si oui, quand, où, résultat? \_\_\_\_\_
14. Une grossesse est-elle en cours (pour les femmes seulement)? oui  non
- Si oui, date de l'accouchement prévue? \_\_\_\_\_

Indications plus précises pour les questions auxquelles vous avez répondu par l'affirmative (4 à 12):

Concernant la question	Maladies/accidents infirmités/douleurs	Quand/raison/combien de temps/fin	Médecin traitant/hôpital/thérapeute	Séquelles

15. Taille  cm

Poids  kg

Assureur maladie actuel:

---

Assureur perte de gain actuel:

---

Contrat résilié le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

Nom/adresse/n° de téléphone de votre médecin de famille:

---

Le demandeur déclare avoir répondu aux questions de la présente proposition d'assurance de façon complète et conforme à la vérité, et reçu et pris connaissance des conditions générales d'assurance (CGA) en vigueur et des éventuelles conditions complémentaires pour l'assurance demandée, ainsi que de l'aide-mémoire Information client et protection des données conformément à l'article 3 LCA. Dans le cadre de l'examen de la proposition d'assurance, *innova* peut demander des informations complémentaires aux fournisseurs de prestations, autorités, administrations et autres sociétés d'assurance mentionnées dans le questionnaire de santé. Seules les personnes et institutions mentionnées dans le point en question seront sollicitées.

Par sa signature, le demandeur exempte par conséquent les hôpitaux, les médecins, les autres fournisseurs de prestations, les autorités, les autres assureurs-maladie et les sociétés d'assurance sollicités de leur obligation de garder le secret envers *innova*, et les habilite à lui fournir tous les renseignements souhaités en rapport avec l'assurance. En cas de données incomplètes ou erronées, *innova* est habilitée à résilier le contrat par déclaration écrite. Le droit de résiliation prend fin quatre semaines après qu'*innova* a pris connaissance de la violation du devoir de déclaration (article 6 LCA).

La / le soussigné(e) déclare avoir

- par les présentes fait une demande pour une assurance selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance);
- répondu aux présentes questions en son âme et conscience et conformément à la vérité;
- pris connaissance du fait que de fausses indications entraînent une résiliation; l'obligation d'*innova* d'allouer des prestations pour les sinistres déjà survenus ne prend fin que si leur survenance ou leur portée a été influencée par les faits importants non communiqués ou déclarés de façon erronée.

Si l'assurance est conclue par l'intermédiaire d'un partenaire de distribution travaillant pour *innova*, le demandeur confirme avoir pris connaissance des informations relatives au partenaire de distribution conformément à la loi sur la surveillance des assurances (article 45 LSA). De plus, le preneur d'assurance prend acte qu'il est seul responsable de l'observation d'éventuelles prescriptions et prestations minimales d'une convention collective de travail. *innova* ne répond pas des éventuelles différences existant entre les prestations convenues en vertu de la présente demande et les éventuelles dispositions d'un contrat de travail individuel ou d'une convention collective de travail.

Si, au moyen de la présente proposition d'assurance, vous demandez l'augmentation d'assurances existantes ou l'inclusion d'autres prestations, *innova* peut assujettir la totalité du contrat aux conditions générales d'assurance (CGA) les plus récentes

Lieu et date:

La personne assurée:

---

---