

**Demande d'offre perte de gain selon la LCA au contrat-cadre pour med-
diservice vsao-asmac (propriétaires de cabinet médical, médecins des
hôpitaux salariés, médecins-assistants et chefs de clinique).**

Personne assurée (adresse privée; le domicile civil doit être en Suisse)

Nom et prénom _____
Date de naissance _____ Sexe _____
Rue/Case postale _____
NPA/Lieu _____

Preneur d'assurance (adresse professionnelle)

Société/Nom _____
Rue/Case postale _____
NPA/Lieu _____
Téléphone _____ Courriel _____
Branche/Activité _____ Forme juridique _____
Début de l'assurance 1. _____
Durée du contrat 1 an 3 ans
Assureur précédent _____

**Cercle de personnes assurées et prestations: propriétaires de cabinet médical,
médecins des hôpitaux salariés, médecins-assistants et chefs de clinique**

Variante d'assurance *cash*
Délai d'attente 1 4 jours 30 jours 60 jours 90 jours
 180 jours 360 jours variable
Risque d'accident assurer ne pas assurer
Indemnité journalière assurée _____ francs