

Demande d'offre perte de gain selon la LCA au contrat-cadre Association des laboratoires de prothèse dentaire de Suisse ALPDS (employeurs/personnes exerçant une activité indépendante).

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: employeurs et personnes exerçant une activité indépendante

Variante d'assurance *win* *cash*
Prestations assurées 100% de la masse salariale annuelle fixe (assurance dommages)
Délai d'attente 0 jours 3 jours 7 jours
 14 jours 30 jours 60 jours 90 jours
Maternité assurer ne pas assurer
Risque d'accident assurer ne pas assurer
Masse salariale annuelle fixe _____ francs