

Demande d'offre perte de gain selon la LCA au contrat-cadre pour mediservice vsao-asmac (employés).

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: employés

Variante d'assurance *cash*
Prestations assurées 80% du salaire brut AVS 90% du salaire brut AVS
Maternité assurer ne pas assurer

Personnel médical au cabinet médical

Délai d'attente 0 jours 3 jours 7 jours
14 jours 30 jours 60 jours 90 jours

Personnel non-médical

Délai d'attente 0 jours 3 jours 7 jours
14 jours 30 jours 60 jours 90 jours

Masse salariale brute AVS _____ francs

**Cercle de personnes assurées et prestations: propriétaires de personnes morales
Sàrl ou SA / les médecins travaillant dans les cabinets médicaux**

Prénom et nom _____

Date de naissance _____

Assurance perte de gain

Variante d'assurance *cash*

Préstations assurées 80 % de la masse salariale annuelle fixe (assurance dommages)
 90% de la masse salariale annuelle fixe (assurance dommages)
 Assurance de sommes
(pour les propriétaires de personnes morales Sàrl ou SA)

Maternité assurer ne pas assurer

Délai d'attente 14 jours 30 jours 60 jours 90 jours

Masse salariale annuelle fixe _____ francs