

CAISSES PATRONALES SOCIALES MEROBA

HELSANA

Assurance Perte de gain en cas de maladie

Demande d'adhésion

Le soussigné déclare vouloir adhérer au contrat collectif d'assurance perte de gain en cas de maladie et s'engage :

- à inclure dans l'assurance le personnel technique et commercial
- à verser les primes échues dans les délais à la Fédération romande de métiers du bâtiment

Raison sociale :

Adresse :

Tél :

CCP ou Banque : IBAN

Début d'assurance : (1^{er} jour du mois qui suit la signature de la demande d'adhésion)

Délai d'attente :

Taux de prime en % :

30 jours

1.00

Personnel technique et commercial (si plus de trois personnes, joindre une liste séparée)

Nom et Prénom

Date de naissance

Salaire AVS

.....
.....
.....

Le chef d'entreprise * (le délai d'attente ne peut pas être inférieur à celui du personnel)

Nom et Prénom

Date de naissance

Revenu déclaré à l'AVS

.....
.....

Assureur maladie perte de gain antérieur : non, aucun

oui : Compagnie d'assurances : No de police :

Lieu et date : Timbre et signature :