

## Proposition pour l'assurance «Helvetia Income Protect» - Salariés

Oui, je souhaite conclure l'assurance «Helvetia Income Protect» couvrant les risques d'incapacité de gain (IG) et de chômage (AC), moyennant une prime mensuelle équivalente à 6.5% de la prestation d'assurance choisie ci-après.

Prestation mensuelle en cas d'IG et d'AC*	Prime mensuelle	Prestation mensuelle en cas d'IG et d'AC*	Prime mensuelle	Revenu annuel brut minimal requis
500	32.50	1'300	84.50	CHF 85'000
600	39.00	1'400	91.00	CHF 90'000
700	45.50	1'500	97.50	CHF 95'000
800	52.00	1'600	104.00	CHF 100'000
900	58.50	1'700	110.50	CHF 105'000
1'000	65.00	1'800	117.00	CHF 110'000
1'100	71.50	1'900	123.50	CHF 115'000
1'200	78.00	2'000	130.00	CHF 120'000

\*jusqu'à 12 mois au max. par sinistre

### Coordonnées personnelles

Monsieur	Madame		
Prénom:		Nom:	
Rue/N°:		NPA/Localité:	
Case postale:		Adresse supplémentaire:	
Date de naissance:		Langue de correspondance: F D I	
Téléphone privé:		Téléphone professionnel:	
Portable:		Courriel:	
Pays: Suisse			

Le preneur d'assurance est l'ayant droit pour toutes les prestations d'assurance découlant de l'assurance «Helvetia Income Protect».

### Par la signature de la présente proposition en qualité de preneur d'assurance et personne assurée, je confirme que

- je suis domicilié(e) en Suisse;
- je suis âgé(e) de 18 ans révolus au moins et de 60 ans révolus au plus;
- je ne suis pas tenu(e), en ce moment, de m'absenter de mon travail en raison d'une maladie ou d'un accident et que je ne suis, à ma connaissance, pas malade ni ne souffre d'aucune séquelle d'un accident;
- je n'ai pas dû interrompre mon travail au cours des 12 derniers mois pour une durée de plus de 20 jours en raison d'une maladie ou d'un accident ou pour une durée de plus de 10 jours (consécutifs ou non) en raison d'une hospitalisation et que je n'ai suivi aucun traitement médical régulier en raison d'une maladie ou d'un accident pendant cette période;
- j'exerce une activité professionnelle d'au moins 30 heures par semaine depuis 12 mois au moins, que je me trouve actuellement dans un rapport de travail de durée indéterminée et non résilié et que je ne vais pas prendre prochainement de retraite anticipée;
- je prends connaissance du fait qu'il ne peut exister qu'un seul contrat d'assurance «Helvetia Income Protect» actif par preneur d'assurance.
- je prends connaissance du fait qu'une indemnité est versée à l'intermédiaire pour l'intermédiation de cette assurance et que je consens à ce que l'intermédiaire la retienne à titre de dédommagement pour frais sans m'en informer. Cette indemnité est comprise dans la prime d'assurance.
- j'ai reçu un exemplaire des conditions générales d'assurance (CGA) et de l'information client concernant l'assurance «Helvetia Income Protect», que j'ai pris connaissance de leur contenu, notamment des clauses d'exclusion du droit aux prestations – art. 3.1.4. en cas d'incapacité de gain / art. 3.2.5 en cas de chômage – que je les ai comprises et que j'en approuve la teneur.

### Remarques importantes

Je consens à ce que

- la prime d'assurance choisie soit débitée chaque mois de mon compte bancaire ou postal par recouvrement direct/Debit Direct;
- mes données découlant des documents d'assurance et de l'exécution du contrat soient communiquées à l'intermédiaire de la présente assurance et à Helvetia Assurances, constituée d'Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA et Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA (ci-après «Helvetia») et qu'elles puissent être traitées à des fins de commissionnement, de gestion et d'exécution de mon contrat d'assurance ainsi qu'à des fins de marketing;
- Helvetia puisse transmettre mes données personnelles, dans les limites du besoin, aux tiers chargés de l'exécution du contrat, notamment au Service Provider, à des réassureurs, des autorités et des administrations publiques.

Lieu / date:

Signature:

Par l'intermédiaire de PA Prestations d'Assurance SA, Cully.

## Autorisation de paiement avec droit de contestation

### Prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit) sur le compte postal de PostFinance SA ou procédure de débit LSV+ sur le compte bancaire

#### Indications sur l'émetteur de la facture/bénéficiaire

Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA, Bâle, St. Alban-Anlage 26, 4052 Bâle, T 058 280 10 00  
 N° d'adhérent de l'émetteur de la facture (RS-PID): 41101000000623024  
 IDENT. LSV: SNL2W

#### Informations sur le débiteur (client) (champs obligatoires avec \*)

Police n°:	Entreprise:
Nom*:	Prénom*:
Rue / n°:	NPA/localité*:
Téléphone:	E-mail:

#### Débit du compte postal avec prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit)

Par la présente, le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus à l'émetteur de la facture indiqué ci-dessus.

IBAN (compte postal):

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit. Chaque débit du compte est notifié au client par PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse de l'émetteur de la facture indiquée ci-dessus.

Lieu et date:	Signature(s)*:
	* Signature du mandant ou du mandataire titulaire du compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

#### Débit de mon compte bancaire (LSV+)

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs émis par le bénéficiaire ci-dessus.

Nom de la banque:	NPA/localité:
IBAN (compte bancaire):	

Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Veuillez envoyer l'autorisation de débit entièrement complétée à la banque.

Lieu et date:	Signature:
---------------	------------

#### Autorisation

(ne pas remplir, sera complété par la banque)

IBAN (compte bancaire):

Lieu et date:	Timbre et visa de la banque:
---------------	------------------------------

# Marche à suivre

## POUR NOUS FAIRE PARVENIR VOTRE PROPOSITION

**PA Prestations d'assurance SA**  
Route de Lausanne 16  
Case postale 42  
1096 Cully | Bourg-en-Lavaux

1

### Ci-contre l'adresse postale d'envoi de votre proposition.

Pour les enveloppes à fenêtre, il vous suffit de plier simplement cette page et de l'insérer dans l'enveloppe en prenant soin de mettre l'adresse ci-contre face à la fenêtre.

2

### Avant de nous faire parvenir votre demande

Assurez-vous d'avoir bien rempli et signé ces deux formulaires :

- Proposition pour l'assurance «Helvetia Income Protect»
- Autorisation de paiement avec droit de contestation

**PA Prestations d'Assurance,**  
ce sont aussi des offres adaptées à chaque moment de votre vie  
à des tarifs préférentiels

Pour votre quotidien  
Assurez vous d'avoir une bonne  
protection juridique



à partir de CHF 77.00

Pour vos voyages  
Limitez l'impact des mauvaises  
surprises à moindre coût



à partir de CHF 6.00

PA Prestations d'Assurance SA

Route de Lausanne 16 - CP 42 - 1096 Cully/Bourg-en-Lavaux

Tél. 021 799 42 42 - Fax 021 799 28 59 - info@pa-assurance.ch - www.pa-assurance.ch - FINMA No 23301