



## Annonce / attestation d'assurance

Assurance-maladie collective ASCO et assurance indemnité journalière maladie  
(selon art. 9.2. et 9.3. du contrat de travail ASCO)

Conformément au contrat collectif convenu avec ASCO, nous vous annonçons pour le

Mois / Année

Nom de l'exploitation

NPA / Localité

Timbre et signature de l'exploitation

Date

### Assurance-maladie pour frais médicaux et pharmaceutiques (art. 11.2. du contrat de travail ASCO)

- Les primes de l'assurance-maladie pour frais médicaux et pharmaceutiques sont à la charge de l'artiste et sont déduites du salaire.  
Sans croix à cet endroit, SWICA facturera le tarif STANDARD!

### Assurance perte de gain (assurance indemnité journalière maladie)

- Contrat d'une durée inférieure à 3 mois en un bloc (art. 9.2. du contrat de travail ASCO)**  
En cas de maladie, après un délai d'attente de trois jours, soit dès le 4<sup>ème</sup> jour de maladie et au plus tard jusqu'à la fin de l'engagement, l'employeur verse une indemnité journalière de CHF 50.- à l'artiste et ceci même pendant les jours fériés (art. 9.2. du contrat de travail ASCO).

#### Cas exceptionnels:

##### a) Prolongation imprévue

Si un contrat de travail conclu pour un délai de 3 mois se prolonge au-delà des 3 mois de manière imprévue, il est indispensable, pour le maintien d'une couverture d'assurance suffisante en cas de prolongation d'un contrat (**au-delà de 3 mois**), de souscrire ou d'avoir souscrit pour votre entreprise une assurance d'indemnités journalières maladie collective.

##### b) Contrat de travail conclu dès le départ pour une durée supérieure à 3 mois (art. 9.3. du contrat de travail ASCO)

La direction souscrit une assurance pour perte de gain en cas de maladie, qui couvre au moins 80 % du salaire (du cachet) à compter du 3<sup>ème</sup> jour de maladie. La prime de l'assurance est pour moitié à la charge de l'artiste; le montant est déduit de son cachet (art. 9.3. du contrat de travail ASCO).

Pour une assurance souscrite selon l'art. 9.3. du contrat de travail, la **couverture d'assurance** ne prend effet qu'en cas de conclusion d'une assurance d'indemnités journalières maladie collective.

## Standard sans accident

Libre choix de la franchise – la franchise conclue est la franchise annuelle et doit être reprise au prochain engagement!

Nom	Prénom	Date de naissance	m / f	STANDARD 19–25	STANDARD dès 26	SALARIA	Nationalité	Pays d'origine
				<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–	<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–			
				<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–	<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–			
				<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–	<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–			
				<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–	<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–			
				<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–	<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–			
				<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–	<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–			
				<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–	<input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1000.– <input type="checkbox"/> 1500.– <input type="checkbox"/> 2000.– <input type="checkbox"/> 2500.–			

Le présent formulaire doit être dûment rempli et envoyé à l'adresse mentionnée jusqu'au **6<sup>ème</sup> jour du mois**.  
 Les noms des collaboratrices /collaborateurs sont à écrire en caractères d'imprimerie.