

capita accident

limiter le risque

Une bonne couverture vous protège de surprises désagréables.

capita accident couvre les lacunes d'assurance en cas de décès ou d'invalidité par suite d'accident:

- Sécurité pour tous: enfants, écoliers, étudiants, femmes et hommes au foyer, indépendants, salariés ainsi que les personnes dès l'âge de 65 ans
- Prestation en capital qui assure l'existence
- Permet de bénéficier de soins médicaux optimaux en cas d'invalidité et de transformer le logement
- Complète les assurances existantes
- Compense une perte de salaire

capita accident vous met à l'abri grâce à l'assurance d'un capital:

- Sécurité financière
- Vous désignez le bénéficiaire du capital en cas de décès
- Différentes sommes d'assurance



capita accident

Les primes mensuelles dès le 1.1.2014

Classe	Somme d'assurance en CHF			Primes mensuelles en CHF				
	Décès	Incapacité	Incapacité totale Progression 350 %	Hommes 21 - 65 ans	Femmes 21 - 65 ans	Adolescents 16 - 20 ans	Enfants * 4 - 15 ans	Enfants * 0 - 3 ans
27	2 500.-	100 000.-	350 000.-					2.00
28	2 500.-	150 000.-	525 000.-					3.00
29	2 500.-	200 000.-	700 000.-					4.00
04	5 000.-	60 000.-	210 000.-	4.50	3.70	3.10	1.30	
05	5 000.-	100 000.-	350 000.-	7.30	6.20	4.80	2.10	
06	5 000.-	150 000.-	525 000.-	10.80	9.00	7.40	3.10	
08	10 000.-	60 000.-	210 000.-	4.90	4.10	3.40	1.40	
09	10 000.-	100 000.-	350 000.-	7.60	6.40	5.20	2.20	
10	10 000.-	150 000.-	525 000.-	11.10	9.40	7.60	3.20	
11	10 000.-	200 000.-	700 000.-	14.50	12.20	9.90	4.20	
13	20 000.-	60 000.-	210 000.-	5.50	4.60			
14	20 000.-	100 000.-	350 000.-	8.40	7.10	5.70	2.40	
15	20 000.-	200 000.-	700 000.-	15.30	12.90	10.50	4.40	
16	20 000.-	300 000.-	1 050 000.-	22.20	18.70			
17	25 000.-	150 000.-	525 000.-	12.10	10.20			
18	30 000.-	60 000.-	210 000.-	6.30	5.30			
19	30 000.-	100 000.-	350 000.-	9.10	7.60			
20	50 000.-	100 000.-	350 000.-	10.50	8.80			
21	50 000.-	150 000.-	525 000.-	13.90	11.70			
22	50 000.-	200 000.-	700 000.-	17.40	14.70			
23	75 000.-	150 000.-	525 000.-	15.60	13.20			
24	100 000.-	200 000.-	700 000.-	20.80	17.50			
25	100 000.-	300 000.-	1 050 000.-	27.70	23.30			
26	150 000.-	300 000.-	1 050 000.-	31.20	26.30			

capita accident est gratuit pour le troisième enfant et les suivants, dans la mesure où tous les enfants sont assurés de manière équivalente auprès de Sympany.

Le capital versé en cas d'invalidité se détermine en fonction du degré d'invalidité. En cas d'invalidité à 50 %, vous recevez déjà la somme d'assurance sans majoration (colonne verte). Ce montant augmente progressivement jusqu'à 350 % en cas d'invalidité totale (colonne blanche). L'assurance peut être conclue jusqu'à l'âge de 65 ans.

* Les enfants de 0 à 3 ans peuvent être assurés pour le capital en cas de décès jusqu'à concurrence de CHF 2 500.-. Lorsque les enfants entrent dans la classe d'âge des 4 à 15 ans, leur capital en cas de décès est augmenté à CHF 10 000.-.

Variante d'assurance pour personnes dès l'âge de 65 ans

Classe	Somme d'assurance en CHF		Primes mensuelles en CHF	
	Décès	Incapacité	Hommes dès 65 ans	Femmes dès 65 ans
101	3 000.-	60 000.-	4.40	3.70
103	5 000.-	10 000.-	1.10	0.90
104	5 000.-	60 000.-	4.50	3.70
107	10 000.-	20 000.-	2.10	1.80
108	10 000.-	60 000.-	4.90	4.10
112	20 000.-	40 000.-	4.20	3.50
113	20 000.-	60 000.-	5.50	4.60

En cas d'invalidité à 100 %, vous recevez la somme d'assurance choisie (colonne verte). La progression est supprimée pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Souscription de l'assurance capita accident

Veuillez compléter les indications correspondantes dans les paragraphes marqués en jaune.

Sympany
Vente et conseil
Case postale
4002 Bâle

Reçu le: _____

Assuré n°: _____

1. Données personnelles et couverture d'assurance

Nom/prénoms:

(Personnes mariées: veuillez indiquer les deux noms de famille)

Date de naissance:

Sexe:

M F

Classe:

Primes mensuelles:

_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____

Rue/n°: _____

Téléphone (joignable la journée): _____

NPA/lieu de domicile: _____

Police principale de la famille/preneur d'assurance

(nom, prénom, date naiss.): _____

2. Début d'assurance

Je désire que l'assurance capita accident prenne effet au: _____

3. Opérations de paiement

Ne remplir que si Sympany ne connaît pas encore ces indications.

Compte pour

remboursement

part. coûts

bordereau de primes (LSV)

Compte n°: _____

Poste

Banque, nom: _____

Filiale: _____

Titulaire du compte (nom, prénom, NPA, lieu de domicile): _____

Mode de paiement: mensuel bimestriel trimestriel semestriel annuel

Pour assurés collectifs: paiement des primes par déduction sur le salaire

Lieu et date: _____

Signature (preneur d'assurance, titulaire de la police principale de la famille, représentant légal): _____

Date/visa du gestionnaire: _____



capita accident
Limiter le risque

 **sympany**
cap sur la différence