

Déclaration d'incapacité de travail

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Données personnelles de la personne en incapacité de travail

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe F H

Rue, no _____ NPA, lieu _____

No AVS 756. _____ Profession _____

Etat civil célibataire mariée(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve

Téléphone _____ Courriel _____

Données concernant l'incapacité de travail

Date de début de l'incapacité de travail _____ / _____ / _____

Cause de l'incapacité de travail ? Maladie Accident

Durée de l'incapacité de travail :

_____ % du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____

_____ % du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____

_____ % du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____

_____ % du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____

Votre médecin traitant :

Nom _____ Prénom _____

Rue, no _____ NPA, lieu _____

Assurances

Avez-vous une assurance collective indemnité journalière en cas d'accident ou de maladie chez la Zurich Assurance ? Oui Non

Si oui, n° de police _____ et n° de sinistre _____

Est-ce que d'autres institutions d'assurance (SUVA, LAA, AM, caisses maladie, etc.) sont impliquées dans ce cas de sinistre ? Oui Non

Si oui :

1. Nom de l'institution d'assurance _____ et n° de sinistre _____

Adresse : _____

2. Nom de l'institution d'assurance _____ et n° de sinistre _____

Adresse : _____

Avez-vous déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité (AI) ? Oui Non



Documents à joindre selon la raison du départ

- Procuration (en page 3) dûment signée par la personne assurée
- Déclaration de maladie ou d'accident de l'institution d'assurance
- Décomptes de l'assurance perte de gain maladie ou accident (LAA)
- Certificats médicaux
- Carte maladie ou feuille accident

Signature de la personne en incapacité de travail

La personne assurée soussignée confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Signature de la personne assurée



Procuration

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Données personnelles de la personne assurée

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ No AVS 756. _____
Rue, no _____ NPA, lieu _____

Termes de la procuration

Afin de déterminer les droits et d'examiner les prétentions aux prestations de la personne assurée, la personne soussignée autorise expressément le réassureur de la Fondation – La Zurich – à se procurer les documents nécessaires auprès de tous les organismes d'assurance de droit public et droit privé impliqués dans le cas d'assurance annoncé.

En outre, l'assuré(e) libère

- les médecins, les hôpitaux et autres établissements stationnaires
- l'employeur
- les bureaux officiels et autorités (p. ex. Office des affaires sociales, services sociaux)
- l'assurance-invalidité (AI)/assurance-vieillesse et survivants (AVS)
- les caisses de pension
- les assurances sur la vie
- les assurances-accidents obligatoires ou privées
- les caisses de chômage
- tout autre assureur privé impliqué (p. ex. assurance indemnité journalière en cas de maladie)

et leurs employé de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer des informations au réassureur de la Fondation – La Zurich – à consulter leurs dossier et à transmettre des copies de documents.

Le réassureur de la Fondation – La Zurich – s'engage à traiter les informations et les documents reçus conformément à la loi sur la protection des données.

La personne soussignée autorise de plus au réassureur de la Fondation – La Zurich – à transmettre des informations et/ou documents à

- l'assurance-invalidité (AI)
- la caisse de pension
- l'assurance-accidents obligatoire ou privée
- à tout autre responsable civil ou à son assureur RC (pour motiver les recours).

De par sa signature figurant ci-dessous, la personne assurée accorde la procuration précitée dans tout son ampleur.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

