

Avis en cas de maladie et d'accident Vie Individuelle (pilier 3a et 3b)

En cas d'incapacité de travail ou de gain et d'invalidité

Police n°

1. Preneur d'assurance

Nom/prénom

Rue/n°

NPA/lieu

Téléphone

2. Personne assurée

Monsieur Madame

Nom/prénom

Date de naissance: Jour Mois Année

Rue/n°

Nationalité

NPA/lieu

3. Événement

Accident

Maladie

4. Date de l'accident/de la maladie

Jour Mois Année

5. Accident

Lieu de l'accident

Où l'accident est-il survenu? (Lieu, endroit)

Description de l'accident

Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident

6. Incapacité de travail

Quand le travail a-t-il été interrompu?

Date: Jour Mois Année

Si le travail a été repris:

à plein temps

Date: Jour Mois Année

partiellement à %

Date: Jour Mois Année

7. Autres institutions d'assurance (AI, SUVA/LAA, AM, caisse maladie, etc.)

Y-a t-il d'autres assurances concernées par le même événement? Oui Non

Si oui, lesquelles? (Nom, adresse et référence)

La personne assurée perçoit-elle des indemnités journalières ou une rente? Oui Non

Si oui, de quelle institution? (Nom, adresse et référence)

8. Activité professionnelle

Employé/-e? Oui Non Indépendant/-e? Oui Non

Sans activité lucrative? Oui Non Au chômage? Oui Non

Dernière activité exercée

Lieu

Date: Jour Mois Année

Envoyer