Avis d'incapacité de gain
(assurance vie collective)

1. Données personelles

Contrat n°

Personne assurée n°

Nom

Prénom

Rue/n°

NPA/localité

Profession

Activité actuelle

Si une assurance maladie collective (perte de gain) ou une assurance collective contre les accidents selon la LAA a été conclue auprès de la Zurich, nous vous prions de nous communiquer le numéro de référence y relatif.

2. Incapacité de travail/incapacité de gain

Cause: ◯ Maladie ◯ Accident

Incapacité de travail dès le: Jour Mois Année

Médecin traitant **nom, adresse** _____

Hôpitaux **nom, adresse** _____

autres médecins **nom, adresse** _____

3. Autres institutions d'assurances (AI, CNA/LAA, AM, caisse-maladie etc.)

Y-a-t-il d'autres institutions d'assurances concernées par ce sinistre ◯ Oui ◯ Non

Si oui, lesquelles?

_____

_____

4. Observations de l'employeur ou de l'institution de prévoyance respectivement de ses représentants

_____

_____

_____

Lieu

Date: Jour Mois Année

Signature de l'employeur respectivement de l'institution de prévoyance

(votre signature n'est nécessaire que si vous nous envoyez ce formulaire par voie postale)

Prière d'envoyer ce formulaire directement à Zurich Suisse, prestations vie collective, case postale, 8085 Zürich
ou prière d'expédier ce formulaire par voie éléctronique à: **Leistungen_KL_Invaliditaet@zurich.ch**

La Zurich Compagnie d'Assurances SA est autorisée à reprendre toutes les affaires nécessaires au nom et pour le compte de la Zurich Compagnie d'Assurances sur la vie SA.