

Avis d'incapacité de gain (assurance vie collective)

1. Données personnelles

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

Envoyer