

# Déclaration d'incapacité de gain Vie individuelle

N° de police

---

## 1 Informations concernant la personne assurée

Nom, prénom

---

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rue/N°

---

NPA, localité

---

E-mail

---

Téléphone

---

N° AVS

---

Je souhaite être contacté(e) par e-mail.

## 2 Activité avant la survenue de l'incapacité de gain

Métier appris

---

Activité actuelle

---

Branche

---

Plein temps  Temps partiel Heures hebdomadaires:

---

Indépendant(e)  Salarié(e)

---

Nom de l'employeur

---

Adresse

---

Exercez-vous une profession annexe?

Oui  Non

Si oui, laquelle?

---

Heures hebdomadaires

---

## 3 Cause de l'incapacité de gain

**En cas de maladie:**

Début

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type de maladie

---

**En cas d'accident:**

Date de l'accident

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type de blessure

---

## 4 Durée de l'incapacité de gain

Ampleur et durée de l'incapacité de gain

_____	% du	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											au	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____	% du	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											au	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____	% du	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											au	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____	% du	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											au	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Une augmentation de votre capacité de travail est-elle prévue?

Oui  Non

Si oui: \_\_\_\_\_ % au 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 5 Traitement médical

Médecins traitants

Nom, adresse \_\_\_\_\_

Traitement depuis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_

Nom, adresse \_\_\_\_\_

Traitement depuis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_

Nom, adresse \_\_\_\_\_

Traitement depuis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_

Lequel de ces médecins est en mesure de donner des renseignements sur l'ensemble de l'évolution de la maladie ou les conséquences de l'accident?

\_\_\_\_\_

Êtes-vous traité(e) par d'autres thérapeutes?

Oui  Non

Lesquels: Nom, adresse \_\_\_\_\_

## 6 Remarques

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7 Autres déclarations

### Mon incapacité de gain est également déclarée auprès de l'organisme suivant

Assurance invalidité fédérale (AI)

Assurance-accidents

Lesquels: Nom, adresse

---

---

Assurance d'indemnité journalière en cas de maladie

Lesquels: Nom, adresse

---

---

Caisse-maladie

Lesquels: Nom, adresse

---

---

Autres assureurs

Lesquels: Nom, adresse

---

---

Si la caisse de pension est auprès de Zurich:

### Les prestations sont reconnues

à \_\_\_\_\_ % depuis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

à \_\_\_\_\_ % depuis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de police

---

N° de police

---

N° de police

---

N° de contrat

---

**Vous nous facilitez l'examen de vos droits si vous nous faites parvenir des copies de rapports médicaux et décisions d'autres assureurs préexistants (décisions de l'AI, carte d'accident, etc.).**

## 8 Autorisation

### Zurich a besoin d'informations et de documents pour clarifier son obligation de verser des prestations et fournir les prestations assurées.

La personne soussignée libère

- les médecins
- les hôpitaux et autres établissements stationnaires (p.ex. foyers pour personnes âgées, médicalisés ou non)
- l'employeur
- les bureaux officiels et autorités (p.ex. autorités de poursuite pénale, police, Office des affaires sociales, services sociaux)
- l'assurance invalidité (AI)/assurance-vieillesse et survivants (AVS)
- les caisses de pension
- les caisses maladie
- 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 employés de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer des informations à Zurich, à consulter leurs Sélections, à un élément. et à transmettre des copies de documents. 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 Zurich à transmettre des informations et/ou documents à

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

Nom, prénom

---

N° de police

---

Lieu et date

---

Signature de la  
personne assurée

---

## 9 Déclaration fiscale

Les compagnies d'assurance vie ont l'obligation de déclarer à l'Administration féd. des contributions les prestations d'incapacité de gain si la rente annuelle est supérieure au montant de CHF 500. En cas d'opposition à cette déclaration fiscale, Zurich est tenue, en déduction des prestations d'assurance, de remettre 15% de l'ensemble des prestations d'incapacité de gain soumises à déclaration à l'Administration féd. des contributions sans communiquer le nom de l'ayant droit.

En l'absence d'avis contraire de votre part, nous effectuerons une déclaration fiscale en cas de prestations versées.

## 10 Versement

La prestation d'assurance doit être versée comme suit:

Code IBAN

---

Nom de la poste/de la banque

---

Titulaire du compte

---

Adresse du domicile du titulaire

---

N° de police

---

Lieu et date

---

Signature

---

## 11 Déclaration du créancier-gagiste

Si votre police est mise en gage, nous avons besoin que le créancier-gagiste nous donne l'autorisation suivante pour le versement sur le compte que vous nous avez indiqué (point 10).

Le créancier-gagiste soussigné autorise Zurich à verser au preneur d'assurance toutes les prestations consécutives à une incapacité de gain.

Lieu et date

---

Signature et cachet  
du créancier-gagiste

---