

# Déclaration d'incapacité de travail

---

## 1 Données sur le contrat et sur la personne en incapacité de travail

Pour pouvoir vous identifier, nous avons besoin des informations suivantes:

Nom de l'employeur/la fondation

---

Numéro du contrat

---

Les informations suivantes concernant la personne en incapacité de travail sont requises:

Nom, Prénom

---

Numéro AVS

---

Date de naissance

---

Activité actuelle

---

Rue, N°

---

NPA, lieu, pays

---

Téléphone privé

---

E-mail

---

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

Non  Oui

**Si oui:**

N° de police

---

N° de sinistre

---

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

Non  Oui

**Si oui:**

Quelle institution d'assurance?

---

Adresse

---

N° de sinistre

---

## 2 Données concernant l'incapacité de travail

Pour quelle raison le collaborateur est-il en incapacité de travail?  Maladie  Accident

Incapacité de travail depuis le

---

## 3 Remarques

---

---

---

## 4 Confirmation de l'employeur/la fondation

Lieu, date

Signature

---

## 5 Que se passe-t-il ensuite?

Dès que nous aurons reçu votre déclaration, nous nous procurerons tous les documents nécessaires afin de vérifier le droit aux prestations. Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé ainsi que l'autorisation signée par votre collaborateur par voie postale ou par e-mail à:

Zurich Compagnie d'Assurances SA  
Service de prestations Vie collective  
Case postale  
8085 Zurich  
leistungenkl@zurich.ch

Zurich Compagnie d'Assurances SA  
Hagenholzstrasse 60, 8050 Zurich  
Téléphone 0800 80 80 80, [www.zurich.ch](http://www.zurich.ch)

---

ZH18406f-2003

2/2



# Autorisation

---

Numéro du contrat

---

Nom, Prénom

Numéro AVS

---

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

- médecins et hôpitaux
- l'employeur
- les bureaux officiels et autorités (p. ex. Office des affaires sociales, services sociaux)
- autres assureurs sociaux (p. ex. 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 employés de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer des informations à Zurich, à consulter leurs dossiers 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).

Lieu, date

---

Signature de la personne assurée

---

**Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé par voie postale ou par e-mail à:**

Zurich Compagnie d'Assurances SA  
Service de prestations Vie collective  
Case postale  
8085 Zurich  
leistungenkl@zurich.ch

Zurich Compagnie d'Assurances SA  
Hagenholzstrasse 60, 8050 Zurich  
Téléphone 0800 80 80 80, [www.zurich.ch](http://www.zurich.ch)