

# 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/assuré 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 / votre assuré par voie postale ou par e-mail à:

Zurich Compagnie d'Assurances SA  
Scanning BVG  
Case postale  
8085 Zurich  
[leistungenkl@zurich.ch](mailto:leistungenkl@zurich.ch)

# Autorisation

Numéro du contrat	Événement du
Nom, Prénom	Numéro AVS

Le souscripteur prend acte du fait que la Zurich Compagnie d'Assurances sur la Vie SA (Zurich Vie), dans le cadre du traitement des prestations et des sinistres ainsi qu'à d'autres fins tel que le soutien à la réintégration, traite des données qui se rapportent à des personnes physiques (données personnelles). D'autres informations relatives à ce traitement sont disponibles dans la déclaration de protection des données de Zurich. Cette déclaration de protection des données peut être consultée sur [www.zurich.ch/fr/protection-des-donnees](http://www.zurich.ch/fr/protection-des-donnees) ou obtenue auprès de Zurich Compagnie d'Assurances SA, Protection des données, Case postale, 8085 Zurich, [datenschutz@zurich.ch](mailto:datenschutz@zurich.ch). Zurich Vie se réserve le droit, dans ce contexte ainsi que dans les autres cas cités dans la déclaration de protection des données, de transmettre les données personnelles – y compris les données relatives à la santé, le cas échéant – à des tiers. Le souscripteur s'engage à informer les tiers, dont vous transmettez les données personnelles à Zurich Vie, du traitement de leurs données personnelles par Zurich Vie.

Zurich Vie a besoin d'informations et de documents afin de clarifier son obligation de verser des prestations et le cas échéant de fournir les prestations d'assurance.

Aussi, la personne soussignée consent à ce que

- les médecins,
- les hôpitaux,
- l'employeur,
- les bureaux officiels et autorités (p; ex., les autorités de poursuite pénale, la police, les services sociaux, les services d'aide sociale),
- l'assurance invalidité (AI) ou l'assurance-vieillesse et survivants (AVS),
- la (les) caisse(s) de pension,
- la (les) caisse(s) maladie,
- l' (les) assurance(s) accident obligatoire(s) ou privée(s),
- l'assurance militaire,
- la (les) caisse(s) de chômage,
- d'autres assurances privées impliquées (p. ex. assurance indemnité journalière en cas de maladie, assurance vie, assurance responsabilité civile)
- et leur personnel

fournissent des renseignements à Zurich Vie et aux tiers mandatés par Zurich Vie, donnent accès à leurs dossiers, y compris les dossiers sur l'état de santé antérieur, et remettent des copies de documents. A cet effet, la personne soussignée libère les organismes précités de toute obligation de confidentialité. Zurich Vie traite les informations reçues conformément à la législation sur la protection des données. De plus amples informations sont disponibles sur [www.zurich.ch/fr/protection-des-donnees](http://www.zurich.ch/fr/protection-des-donnees).

En outre, la personne soussignée consent expressément à ce que Zurich Vie transmette des informations et des documents en vue de la coordination avec d'autres assureurs et de la justification du recours à l'assurance à

- l'assurance invalidité,
- la caisse de pension,
- l'assurance-accidents obligatoire ou privée,
- l'assurance militaire,
- d'autres assurances privées,
- des coassureurs et réassureurs.

Ces consentements et exemptions sont valables dans le cadre de leur objet, sans limite de temps. Ils peuvent être révoqués à tout moment par une déclaration sous forme écrite (p. ex. e-mail) à Zurich Vie. Une révocation n'est effective que pour l'avenir et peut conduire à ce que les prestations ne puissent pas être fournies. Zurich Vie peut continuer à traiter les données personnelles même en cas de révocation, dans la mesure où ce traitement est autorisé par la loi ou sert des intérêts prépondérants.

Lieu, date	Signature de la personne assurée
------------	----------------------------------

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

Zurich Compagnie d'Assurances SA  
Scanning BVG  
Case postale  
8085 Zurich  
[leistungenkl@zurich.ch](mailto:leistungenkl@zurich.ch)