

# 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

---

Dernière activité exercée

---

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

---

---

#### Avez-vous déjà suivi un traitement pour cette atteinte?

Oui  Non

Si oui, où?

---

## 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 8 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.

## 9 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

---

## 10 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 9).

De telles prestations ne réduisent pas la substance de l'assurance.

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

---

# Autorisation

Événement du \_\_\_\_\_

Le souscripteur prend acte du fait que 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 Vie. 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 il transmet 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 et autres établissements d'hospitalisation (p. ex., maisons de retraite médicalisées, foyers pour personnes âgées),
- l'employeur,
- les services 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,
- les assureurs privés (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).

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 écrite 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.

Nom, prénom \_\_\_\_\_

N° de police \_\_\_\_\_

Numéro AVS \_\_\_\_\_

Lieu et date \_\_\_\_\_

## 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

Signature de la  
personne assurée \_\_\_\_\_