

Autorisation

1

Numéro de contrat
Nom
Prénom
Assuré(e) n°
Événement du

2

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. Office des affaires sociales, services sociaux)
- 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
------------	----------------------------------