

Déclaration d'incapacité de travail

Si l'un de vos collaborateurs se retrouve en incapacité de travail pendant plus de trois mois en raison d'une maladie ou d'un accident, Zurich se charge du paiement des cotisations. En cas d'incapacité de travail d'une plus longue durée suite à une maladie entraînant une incapacité de gain, votre collaborateur perçoit en plus une rente d'invalidité et, pour les enfants ayant droit à une rente, une rente pour enfants d'invalidité.

1 Données sur le contrat et sur votre collaborateur

Pour pouvoir vous identifier, nous avons besoin au minimum de l'une des trois informations suivantes:

Nom de l'employeur

Numéro du contrat

Numéro AVS

Les informations suivantes concernant votre collaborateur sont requises:

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue, N°

NPA, lieu, pays

Téléphone privé

E-mail

Activité actuelle

Délai

Veillez nous informer de l'incapacité de travail de plus de trois mois de votre collaborateur dans les plus brefs délais.

Remarque

Votre **numéro de contrat** est indiqué sur votre plan de prévoyance ou votre attestation de prévoyance.

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

Non | Oui

N° de police

N° de sinistre

Données sur le contrat et sur votre collaborateur (suite)

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

Non

Oui

Nom et adresse de
l'institution d'assurance

Numéro
de référence



Est inapte au travail ...

... quelqu'un qui, pour des raisons médicales, ne peut plus poursuivre pendant une période définie l'activité qu'il a exercée jusqu'à ce qu'il tombe malade. La capacité de travail se rapporte donc toujours à l'activité actuelle.



Est en incapacité de gain ...

... quelqu'un qui est restreint dans ses activités actuelles ainsi que dans d'autres activités professionnelles pouvant être exigées de lui. L'incapacité de gain est définie exclusivement par l'AI.

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

Lieu, date

Signature de l'employeur

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.

Veillez 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



Vous avez des questions au sujet de ce formulaire?

Le service de prestations Vie collective (téléphone +41 44 628 20 91) est à votre disposition du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00 pour répondre à vos questions.

6

Autorisation

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

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
- tout autre responsable civil ou à son assureur RC (pour motiver les recours)

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