

Avis d'incapacité de travail

STIFTUNG FREIE VORSORGE
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Titre:	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	Date de naissance:	<input type="text"/>
Nom:	<input type="text"/>		Prénom:	<input type="text"/>
Rue:	<input type="text"/>		Numéro:	<input type="text"/>
NPA:	<input type="text"/>		Lieu:	<input type="text"/>
Pays:	<input type="text"/>		Nationalité(s):	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>		Téléphone:	<input type="text"/>

(ci-après «personne assurée»)

1. Autres données

Numéro d'assurance:

Numéro AVS:

Nombre d'enfants de moins de 18 ans:

Taux d'incapacité de travail:

La personne assurée est incapable de travailler par suite de: Maladie Accident

Incapable de travailler depuis le (date de la première incapacité de travail):

Médecin traitant:

Adresse:

D'autres institutions d'assurance (AI, LPP, SUVA/LAA, AM, indemnités journalières en cas de maladie, etc.) sont-elles impliquées dans ce cas de prestations?

Oui Non

Si oui, quelle institution d'assurance?

Adresse:

Numéro du sinistre:

2. Étapes suivantes

Dès réception de votre déclaration, nous rassemblerons tous les documents nécessaires et examinerons votre droit aux prestations. Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé, ainsi que la procuration signée, par courrier postal ou par e-mail à:

Stiftung freie Vorsorge
Löwenstrasse 25
Case postale
8021 Zurich

E-mail: info@freievorsorge.ch

Date:	<input type="text"/>
	
Nom:	<input type="text"/>
Prénom:	<input type="text"/>