

Avis d'incapacité de travail

STIFTUNG FREIE VORSORGE
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Titre:	☐ Monsieur ☐ Madame	Date de naissance:	
Nom:		Prénom:	
Rue:		Numéro:	
NPA:		Lieu:	
Pays:		Nationalité(s):	
E-mail:		Téléphone:	

(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:	
	
Nom:	
Prénom:	



Titre :	☐ Monsieur ☐ Madame	Date de naissance :	
Nom :		Prénom :	
Rue :		Numéro :	
NPA :		Lieu :	
Pays :		Nationalité(s) :	
E-mail :		Téléphone :	

(ci-après « personne assurée »)

1. Autres données

N° AVS : N° d'assurance :
Évènement du :

2. Autorisation

VZ BVG Rück SA a besoin d'informations et de documents pour clarifier son obligation de fournir des prestations et pour fournir les prestations assurées. La personne assurée libère

- les médecins et hôpitaux
- les employeurs
- les bureaux officiels et autorités (p. ex. service social, service d'aide sociale et d'assistance)
- l'assurance-invalidité (AI) / l'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 d'indemnités journalières en cas de maladie)

et leur personnel de leur secret professionnel et de fonction ou de leur obligation légale de garder le secret et les autorise à donner des renseignements à VZ BVG Rück SA, à lui donner accès à leurs dossiers et à lui remettre des copies de documents. VZ BVG Rück SA s'engage à traiter les informations et documents obtenus conformément à la loi sur la protection des données. Les informations sur la manière dont VZ BVG Rück SA traite les données d'assurés figurent dans notre déclaration de confidentialité sous www.vzch.com/fr/declaration-de-confidentialite et peuvent être obtenues auprès de VZ BVG Rück SA.

En outre, la personne assurée autorise VZ BVG Rück SA à transmettre des informations et documents à

- l'assurance-invalidité
- la caisse de pension
- l'assurance-accidents obligatoire ou privée
- toute autre personne responsable ou à son assureur responsabilité civile (pour motiver des recours).

Date :	
	
Nom :	
Prénom :	

