



Agrisano Prevos
Laurstrasse 10
5201 Brugg

N° du contrat collectif _____

N° d'assuré _____

Avis d'incapacité de travail / de gain

Données sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____
Adresse _____ NPA / Lieu _____
Date de naissance _____ Sexe masculin féminin
N° AVS (à 13 chiffres) _____
Téléphone _____ E-mail _____
Profession _____ (avant début de l'incapacité de gain) indépendant(e) salarié(e)

Données sur l'incapacité de travail / de gain

Cause accident maladie Description _____
Début _____

Degré de l'incapacité de travail / de gain

Degré _____% du _____ au _____
_____ % du _____ au _____

Médecins traitants _____

Notification à l'AI

Notification envoyée à l'AI Oui Non
Date de la notification _____
Nom de l'office AI _____ Décision rendue en cours
Prestations reconnues _____% du _____ au _____

Notification auprès d'autres assureurs

Assureur accidents (LAA) _____
Assureur d'indemnité journalière _____
Assurance-militaire _____
Autres _____

Veillez joindre une copie de la décision et/ou décomptes.



Lieu de paiement

Les prestations dues sont à verser sur le compte bancaire suivant:

IBAN _____
Banque _____
NPA, lieu _____
Titulaire du compte _____

Remarques



Libération du secret professionnel et de fonction, droit de consultation et de transmission des dossiers

L'assurance est basée sur un contrat conclu entre l'Agrisano Prevos à Brugg (dénommée ci-après « fondation ») et la Swiss Life SA à Zürich (assureur, dénommée ci-après « Swiss Life »).

La personne soussignée délègue l'assurance invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assureurs-accidents, les institutions de prévoyance actuelles et précédentes, les assureurs maladie et d'indemnités journalières en cas de maladie, les éventuels assureurs étrangers ainsi que ses médecins traitants du secret professionnel et de fonction vis-à-vis de Swiss Life et de la fondation, dans la mesure où cela est nécessaire à l'application de la prévoyance en faveur du personnel (examen du risque ou traitement du cas de prévoyance concret). Par ailleurs, elle autorise les institutions et les personnes précitées à communiquer à Swiss Life et à la fondation, au besoin, tous les renseignements nécessaires (données médicales comprises) et à leur donner le droit de consulter les dossiers. Seules les informations absolument nécessaires sont communiquées. De plus, le signataire accepte que Swiss Life et la fondation transmettent ses informations personnelles ainsi que ses données médicales au sein de Swiss Life pour examen des prestations ainsi que pour la lutte contre la fraude à l'assurance et les communiquent à d'autres assureurs et réassureurs concernés. Le signataire accepte en outre que ses données soient transmises aux institutions mandatées aux fins de clarifications et d'éventuelle ouverture ultérieure d'une prestation de soutien individuelle et adaptée (Case Management). Le signataire prend du reste connaissance du fait que Swiss Life peut mandater des tiers pour le traitement et la conservation des données. Les données sont traitées par Swiss Life, la fondation et les tiers mandatés dans la plus stricte confidentialité et ne sont utilisées que pour l'exécution du contrat de prévoyance ou d'assurance.

En cas de déclarations inexactes ou incomplètes, Swiss Life et la fondation peuvent réduire les prestations ou refuser de les verser dans le cadre des dispositions légales.

Lieu et date	Signature de la personne assurée
_____	_____

Annexes:

Copies des décisions rendues

Feuilles-accident

Copies des décomptes

Rapports médicaux
