



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

\_\_\_\_\_