

## Prétention à des prestations pour incapacité de gain

Contrat n° \_\_\_\_\_

### Remarque

La demande doit nous être envoyée au plus tard un mois après l'écoulement du délai d'attente.

### Personne assurée

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Rue, n° \_\_\_\_\_ NPA, localité \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ N° de téléphone / portable n° \_\_\_\_\_

### Activité avant le début de l'incapacité de gain

Profession \_\_\_\_\_ Branche \_\_\_\_\_

Fonction exacte \_\_\_\_\_

Temps complet     Temps partiel \_\_\_\_\_ heures par semaine     Indépendant     Salarié

Employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Exercez-vous une activité accessoire?     oui     non

Dans l'affirmative, laquelle? \_\_\_\_\_

Heures par semaine \_\_\_\_\_

### Cause de l'incapacité de gain

En cas de maladie: Début \_\_\_\_\_ Type de maladie \_\_\_\_\_

En cas d'accident: Date de l'accident \_\_\_\_\_ Type de lésions \_\_\_\_\_

### Durée de l'incapacité de gain

Étendue et durée de l'incapacité de gain \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_





**Traitement médical**

Médecins traitants (pour les hôpitaux, veuillez indiquer également la division)

Début	Fin	Nom, Adresse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Quel médecin est en mesure de donner des informations sur toute l'anamnèse ou sur les séquelles d'un accident? \_\_\_\_\_

Êtes-vous traité(e) par d'autres thérapeutes?  oui  non

Lesquels? (Nom, Adresse) \_\_\_\_\_

**Remarques**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autres instances concernées**

S'occupe également de mon incapacité de gain	Les prestations sont reconnues
<input type="checkbox"/> L'assurance invalidité (AI)	à hauteur de _____ % depuis _____
<input type="checkbox"/> Un assureur accident	à hauteur de _____ % depuis _____
Lequel? (Nom, Adresse)	_____
<input type="checkbox"/> Assureur de la responsabilité civile	à hauteur de _____ % depuis _____
Lequel? (Nom, Adresse)	_____
<input type="checkbox"/> Autre assureur	à hauteur de _____ % depuis _____
Lequel? (Nom, Adresse)	_____
Si assuré(e) auprès d'une caisse de pensions/LPP Swiss Life	Police n° _____

En nous envoyant une copie des rapports médicaux existants et des décisions des autres assureurs, vous nous facilitez l'étude de votre demande de prestations (décision AI, feuille accident et autre).



## Procuration

Je suis conscient(e) que Swiss Life a besoin de certaines données concernant ma personne pour vérifier le cas de prestation. L'absence de ces données peut entraîner un refus de la demande de prestation.

C'est pourquoi je suis d'accord pour que mon identité (nom, prénom, sexe, date de naissance, métier, adresse) ainsi que les informations relatives à ma santé soient utilisées par Swiss Life pour vérifier mon droit à une prestation. Pour vérifier le droit à la prestation ainsi que pour lutter contre la fraude, Swiss Life peut transmettre ces données à d'autres sociétés du groupe ainsi qu'aux autres assureurs et réassureurs impliqués, que ce soit en Suisse ou à l'étranger.

J'autorise également Swiss Life à demander des renseignements à d'autres sociétés du groupe ainsi qu'aux autorités et à des tiers - en particulier aux assureurs précédents quant à l'ancienne sinistralité - afin de vérifier le droit à la prestation.

Par la présente, je délègue du secret professionnel ou médical les établissements hospitaliers, les médecins, les psychologues, les thérapeutes, les auxiliaires des caisses maladie, les assurances maladie, accident et perte de gain, les services AVS et AI, les assurances vie et les caisses de pensions, les réassureurs et d'autres tiers qui peuvent apporter des renseignements sur l'événement survenu. Je les autorise à communiquer à Swiss Life les renseignements et les documents dont celle-ci aurait besoin pour vérifier le dossier, notamment dans le cadre de l'examen du droit aux prestations d'assurance.

En outre, j'autorise Swiss Life à transmettre les informations et documents (y compris les documents médicaux et les dossiers établis par d'autres assurances) à d'autres assureurs, par exemple les assurances maladie, accident et perte de gain, les services AVS et AI, les assurances vie et les caisses de pensions, les réassureurs ainsi qu'aux experts et médecins impliqués, pour un déroulement simplifié et productif. Swiss Life peut transmettre ces données à d'autres sociétés du groupe ainsi qu'à des tiers pour lutter contre la fraude.

Police n° \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lieu et date \_\_\_\_\_ Signature de la personne assurée \_\_\_\_\_

## Déclaration aux autorités fiscales (en vertu de la loi fédérale sur l'impôt anticipé du 13.10.1965)

La loi oblige les compagnies d'assurances vie à déclarer les prestations pour incapacité de gain à l'Administration fédérale des contributions si la prestation annuelle est supérieure à 500 francs suisses. En cas d'opposition à la déclaration fiscale, Swiss Life est tenue de verser à l'Administration fiscale, 15% de toutes les prestations d'assurance d'incapacité de gain qui doivent être déclarées fiscalement, sans communiquer le nom de l'ayant droit.

Sauf avis contraire de votre part, une annonce au fisc sera établie.



## Versement

### Versement à l'établissement financier suivant:

**Établissement financier en Suisse**

IBAN \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement financier \_\_\_\_\_

Titulaire du compte (pers. physique/morale <sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

Adresse du domicile du titulaire du compte (si différente de celle du preneur d'assurance) \_\_\_\_\_

**Établissement financier en Europe**

IBAN \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement financier \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement financier \_\_\_\_\_

Pays de l'établissement financier \_\_\_\_\_

Titulaire du compte (pers. physique/morale <sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

Adresse du domicile du titulaire du compte (si différente de celle du preneur d'assurance) \_\_\_\_\_

**Établissement financier hors Europe**

No de compte bancaire \_\_\_\_\_

Code SWIFT \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement financier \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement financier \_\_\_\_\_

Pays de l'établissement financier \_\_\_\_\_

Titulaire du compte (pers. physique/morale <sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

Adresse du domicile du titulaire du compte (si différente de celle du preneur d'assurance) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Dans le cas de personnes morales et de sociétés de personnes exerçant une activité opérationnelle le proposant ou le preneur d'assurance doit remplir le formulaire "Identification des détenteurs du contrôle de personnes morales et de sociétés de personnes".

Dans le cas de personnes morales et de sociétés de personnes n'exerçant pas une activité opérationnelle ainsi que dans le cas de sociétés de domicile, le proposant ou le preneur d'assurance doit remplir le formulaire "Identification de l'ayant droit économique".



Si le bénéficiaire du paiement n'est pas l'ayant droit selon le contrat, les données suivantes sont requises en plus:

**Ayant droit (personne physique/morale)**

Nom, prénom/raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse de domicile/adresse du siège \_\_\_\_\_

Date de naissance/date de fondation \_\_\_\_\_

Nationalité/état du domicile \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Signature

**Si une police a été mise en gage, le paiement sera effectué en faveur du créancier gagiste.**

**Accord du créancier gagiste**

Le créancier gagiste qui a apposé sa signature, autorise Swiss Life à verser en cas d'incapacité de gain tous les paiements au preneur d'assurance.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Timbre et signature du créancier gagiste

