

Demande de prestations en cas d'incapacité de gain Prévoyance privée

1. Personne assurée

Prénom

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Date de naissance

N° d'assurance sociale
(N° AVS)

N° téléphone

E-mail

N° police

2. Informations sur le cas de prestation

2.1 Informations maladie:

Maladie depuis

Incapacité de gain depuis

Description précise du type de maladie, diagnostic

2.2 Informations accident:

☐ Accident

☐ Accident de la
route

Date de l'accident

Incapacité de gain depuis

Description précise du déroulement de l'accident (lieu, heure, circonstances)

Genre de blessure (parties du corps touchées, genre de dommage corporel, etc.)

L'accident a-t-il été causé par une tierce personne?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, nom/adresse tierce personne

Nom/adresse de l'assureur responsabilité civile tierce personne



2.3 Traitements médicaux:

Date premier examen médical:

Etes-vous sous traitement médical?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis

Nom/adresse médecin de famille

Nom/adresse médecin traitant

Etiez-vous sous traitement auprès d'un autre médecin auparavant?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom/adresse médecin

Traitement du

au

Une hospitalisation a-t-elle été ou est-elle nécessaire?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom/adresse hôpital

Séjour du

au

2.4 Incapacité de travail:

	du	au
%		
%		

2.5 Avez-vous déjà été malade pour la même raison?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, du

au

2.6 Avez-vous été sous traitement médical ou sous surveillance médicale pour cela?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, du

au

Nom/adresse médecin traitant



2.7 Avez-vous été incapable de travailler pour la même raison? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, du	au

3. Informations professionnelles

3.1 Informations générales

Employeur		Date d'entrée	
Rue/n°		Degré d'occupation	%
NPA/localité		Salaire annuel	CHF
Genre d'activité	☐ Salarié(e) ☐ Indépendant(e) ☐ En formation ☐ Sans activité lucrative ☐ Retraité(e) ☐ Au chômage ☐ Emploi à durée limitée / temporaire ☐ Homme/femme au foyer		
Désignation de l'activité professionnelle:			

Le rapport de travail a-t-il été résilié? ☐ Oui ☐ Non

Le rapport de travail a-t-il été résilié en raison de l'incapacité de travail? ☐ Oui ☐ Non

3.2 Peut-on compter sur une reprise du travail ou a-t-elle déjà eu lieu? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, %	à partir du

3.3 Travaillez-vous aussi pour d'autres employeurs? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, degré d'occupation
%

Êtes-vous également en incapacité de travail dans cette activité? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, degré d'incapacité de travail
%

3.4 Êtes-vous inscrit(e) à l'assurance-chômage et/ou percevez-vous des prestations? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom/adresse de la caisse de chômage

4. Informations supplémentaires

4.1 Le cas de prestation a-t-il été communiqué à une autre compagnie d'assurance suisse ou étrangère? ☐ Oui ☐ Non

	Nom/adresse
☐ Assurance d'indemnité journalière de maladie	
☐ Assurance accidents	
☐ Assurance militaire	
☐ Prévoyance professionnelle	



☐ Autre assurance

Nom/adresse

Percevez-vous des prestations de l'une de ces assurances? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom

depuis

Si oui, nom

depuis

4.2 Une demande pour la détection précoce et/ou le de prestations a-t-elle été effectuée auprès de l'Assurance-invalidité (AI)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le

Name/Adresse IV-Stelle

Êtes-vous soutenu(e) par des mesures d'insertion de l'AI? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, type de mesures

du

au

4.3 Êtes-vous soutenu(e) par un case management? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom/adresse entreprise

4.4 Détenez-vous d'autres contrats d'assurance chez Pax? ☐ Oui ☐ Non

4.5 Auprès de quelle caisse maladie obligatoire êtes-vous actuellement assuré(e)?

Nom/adresse de l'assurance

N° d'assuré(e)

depuis

4.6 Auprès de quelle caisse maladie obligatoire êtes-vous assuré(e) auparavant?

Nom/adresse de l'assurance

5. Remarques



6. Documents à envoyer

Merci de joindre les copies des documents suivants:

- Décomptes de prestations d'assurance (assurance d'indemnité journalière de maladie, assurance accidents, etc.)
- Décisions et dispositions de compagnies d'assurance suisses et étrangères
- Rapport de police (en cas d'accident de la route)

7. Procurations et déclarations

Les soussignés déclarent avoir répondu à toutes les questions conformément à la vérité. Les soussignés sont responsables de la véracité des déclarations, même si celles-ci ont été écrites par une tierce personne.

Les soussignés donnent expressément les pouvoirs suivants à Pax:

- Pax est autorisée à traiter toutes les données personnelles – y compris les données médicales – aux fins de l'exécution du contrat, des prestations et des recours.
- Si nécessaire ou si elle y est tenue par la loi, Pax est autorisée, aux mêmes fins, à transmettre l'ensemble des données personnelles - y compris les données médicales – aux autorités, institutions de prévoyance, coassureurs, assureurs précédents, réassureurs et assureurs sociaux (p. ex. caisses de compensation, établissements des assurances sociales, offices AI, assureurs accidents et assureurs maladie, etc.) ainsi qu'à des tiers responsables respectivement à leurs assureurs responsabilité civile en Suisse et à l'étranger.

- Pax peut, aux mêmes fins, solliciter auprès des personnes, assureurs et services susmentionnés ainsi qu'auprès du personnel médical et de ses auxiliaires impliqués, des données personnelles – y compris les données médicales – et les traiter. A cet effet, les soussignés les libèrent de leur obligation de garder le secret et de confidentialité.
- Pour le traitement du cas de prestation ainsi que du recours, Pax peut faire appel à des services externes et leur fournir les informations nécessaires et toutes les données personnelles y compris les données médicales. Les consignes légales relatives à la protection des données sont garanties et les services externes sont tenus de les observer. Des informations concernant le traitement des données personnelles par Pax figurent dans la déclaration de confidentialité sous www.pax.ch/protection-des-donnees.

7.1 Je suis d'accord pour que le présent formulaire, que j'ai rempli dans le cadre de ma prévoyance privée, soit également transmis à Pax, mon assurance de prévoyance professionnelle. Ceci dans le but de simplifier ma demande de prestations auprès de mon 2^e pilier. Le service de prévoyance professionnelle de Pax me contactera ensuite directement.

☐ Oui ☐ Non

8. Signatures

Par votre signature, vous confirmez l'exhaustivité et l'exactitude des informations fournies.

Lieu/date

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

Signature preneur d'assurance

Lieu/date

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

Signature personne assurée (si elle n'est pas identique au preneur d'assurance)

