

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

1. Personne assurée

Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Rue/n°	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	N° d'assuré(e) social	<input type="text"/>
N° téléphone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
N° police	<input type="text"/>		

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Si oui, du	au
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Si oui, du	au
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Nom/adresse employeur		Date d'entrée	
		Degré d'occupation %	
		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 **Si oui, au**

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 %**

Etes-vous également en incapacité de travail dans cette activité? Oui Non **Si oui, degré d'incapacité de travail %**

3.4 Etes-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
<input type="checkbox"/> Assurance d'indemnité journalière de maladie	
<input type="checkbox"/> Assurance accidents	
<input type="checkbox"/> Assurance militaire	
<input type="checkbox"/> Prévoyance professionnelle	



Nom/adresse

Autre assurance

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?

Oui Non

Si oui, le

Nom/adresse office AI

Etes-vous soutenu(e) par des mesures d'insertion de l'AI?

Oui Non

Si oui, type de mesures

du

au

4.3 Etes-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

Si oui, n° de police

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

Nom/adresse de l'assurance

depuis

N° d'assuré(e)

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.

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)



Informations pour le paiement Prévoyance Privée

Preneur d'assurance

Prénom

Nom

Date de naissance

N° police

La personne bénéficiaire est:

Une personne physique

Prénom

Nom

Date de naissance

Nationalités (toutes)

Adresse de domicile

NPA/localité

Pays de domicile

Une entreprise (une personne morale,
une société en nom collectif/en commandite)

Dans ce cas, prière de compléter le formulaire
«Détermination des détenteurs du contrôle».

Raison sociale

Date de constitution

Adresse de domicile

NPA/localité

Pays

Données du compte

Je souhaite le paiement sur le compte suivant:

Titulaire du compte

IBAN (n° compte postal)

Nom de la banque

IBAN (n° compte
bancaire)

BIC/SWIFT



Obligation de déclarer en matière de prestations de rentes et de capital

Si le paiement provenant d'une police d'assurance excède CHF 500.00 par an (rente) ou CHF 5'000.00 (prestation en capital), nous sommes tenus de déclarer nos paiements à l'Administration fédérale des contributions. L'obligation de déclarer ne concerne que les ayants-droit domiciliés en Suisse ou dont le siège statutaire se trouve en Suisse.

Vous pouvez nous communiquer par écrit avant le paiement que la déclaration à l'Administration fédérale des contributions ne doit pas avoir lieu. Dans ce cas, 15 pour cent de toutes les rentes respectivement 8 pour cent de toutes les

prestations en capital, soumis à déclaration, seront déduits. Ces montants seront transmis de façon anonyme. Les impôts sur le revenu et sur la fortune ne sont pas réglés avec la déduction de l'impôt anticipé.

Le remboursement de l'impôt anticipé peut être demandé à l'Administration fédérale des contributions. Le droit au remboursement expire si la demande n'est pas effectuée dans les trois ans suivant la fin de l'année calendaire au cours de laquelle la prestation d'assurance a été fournie.

Signature

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

Lieu/date

Signature
preneur d'assurance

