Pax
Aeschenplatz 13, 4002 Bâle

Demande de prestations (indemnité journalière d'hospitalisation, cas de dépendance etc.)
Prévoyance privée

Preneur d'assurance/personne assurée

Prénom		**E-mail**	
Nom		**Produit d'assurance**	☐ Indemnité journalière d'hospitalisation
Rue/no			☐ Assurance en cas de dépendance
NPA/lieu			☐ Assurance de soins
Pays		**Cause**	☐ Maladie ☐ Accident
Date de naissance			☐ Maternité
N° portable			

Justification de la demande de prestations

Description précise

Nom, adresse du médecin/de l'hôpital qui peut fournir des informations à ce propos

Nom, adresse du médecin traitant

Remarque sur la protection des données

Des informations concernant le traitement des données personnelles par Pax figurent dans la déclaration de confidentialité sous www.pax.ch/protection-des-donnees.

Vous vous engagez à informer les personnes concernées de la communication de leurs données personnelles à Pax dans les délais légaux et de porter à leur connaissance les dispositions de Pax relatives à la protection des données.

Signature

Par votre signature, vous confirmez avoir fourni à Pax des informations complètes et exactes.

Lieu/date		**Signature**	
Prénom/nom en caractères d'imprimerie			

0425/PV/09.2023