Fondation Agrisano
Assurances
Prévoyance libre

Fondation Agrisano
Laurstrasse 10
5201 Brugg

N° du contrat collectif U8369

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) 756._____

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 _____

Veuillez joindre une copie de la décision et/ou décomptes.

Fondation Agrisano
Assurances
Prévoyance libre

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 la Fondation Agrisano à Brugg (dénommée ci-après « fondation ») et la Swiss Life SA à Zürich (assureur, dénommée ci-après « Swiss Life »).

La personne soussignée délie l'assurance invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assureurs-accidents, les institutions de prévoyance, 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 l'assurance (examen du risque ou traitement du cas d'assurance). 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
☐ Copies des décomptes
☐ _____
☐ Feuilles-accident
☐ Rapports médicaux