



**AVIS D'INVALIDITÉ
ASSURANCE SOUS FORME DE CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ DUE À LA
MALADIE**

(A remplir par la personne assurée ou par son représentant légal).

Veuillez donner une réponse exacte et complète à chaque question pertinente, puis nous renvoyer cet avis de sinistre par retour de courrier.

Données personnelles de l'assuré/e:

Nom: Prénom:
Rue: NPA/Localité:
Date de naissance: N° d'assuré:
N° de téléphone: N° d'assurance:
Compte bancaire/postal:

Déroulement de la maladie:

Date de l'apparition de la maladie:

Type de la maladie:

Description précise de l'évolution de la maladie et de la cause (bref exposé):

.....
.....
.....
.....

Médecins/Hôpitaux traitants:

(adresses précises)
.....
.....

Etes-vous en incapacité de travail? Oui Non à % à partir du

L'inscription auprès de l'assurance-invalidité (AI) a-t-elle été effectuée? Oui Non

Est-ce qu'une rente vous a été attribuée? Oui Non Degré AI: %

Par sa signature, la personne assurée autorise expressément Visana Assurances SA ou CPT Assurances SA, comme caisse de l'assurance CDI, à se procurer tous les renseignements nécessaires auprès des médecins chez qui elle est en traitement ou chez qui elle a été en traitement auparavant et à prendre connaissance des dossiers pertinents auprès de la SUVA, de l'assurance militaire, de l'assurance-invalidité (AI) et d'autres assurances ou assurances-maladie.

Remarques:
.....
.....

Lieu, date

Signature de la personne assurée ou de son
représentant légal