



## Avis d'incapacité de travail / de gain

Swiss Life SA  
 Entreprises  
 Case postale  
 8022 Zurich

<b>Employeur / Institution de prévoyance</b>	<b>Nom</b>	_____
	<b>Contrat</b>	_____
	<b>Catégorie d'assurés</b>	_____

<b>Employé</b>	<b>Nom</b>	_____
	<b>Prénom</b>	_____
	<b>N° d'assur</b>	_____
	<b>Date de naissance</b>	_____ <b>Sexe</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
	<b>Rue, n°</b>	_____
	<b>NPA, domicile</b>	_____
	<b>Téléphone n°</b>	_____
	<b>Adresse e-mail</b>	_____
	<b>Profession et fonction</b>	_____
	<b>Taux d'activité avant le début de l'incapacité de travail</b>	_____
<b>Existe-t-il une retenue à la source?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**Rapports de travail** Les rapports de travail vont être dissous:  non  oui, au \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

<b>Cause de l'incapacité de travail / de gain</b>	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident ou maladie
	Type de maladie / d'accident: _____	

<b>Evolution de l'incapacité de travail / de gain</b>	<b>Taux en %</b>	<b>Valable à partir du</b>	<b>Valable jusqu'au</b>
	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____
	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____	____ . ____ . ____

**Médecins traitants** Veuillez indiquer le médecin qui est à même de donner des informations sur le déroulement de toute la maladie/accident.

Nom et adresse \_\_\_\_\_

En traitement depuis

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Veuillez nous indiquer les autres médecin et thérapeutes impliqués (lorsqu'il s'agit d'un hôpital veuillez également indiquer le service concerné).

Nom et adresse \_\_\_\_\_

En traitement depuis

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Veuillez joindre des copies des certificats médicaux déjà reçus.**

**Dépistage précoce** Une notification a-t-elle été envoyée à l'AI en vue d'une détection précoce?  oui  non

Nom de l'office AI: \_\_\_\_\_

La notification a eu lieu le: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

**Situation d'assurance actuelle**

Admis auprès de

Nom et lieu

N° de référence

Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie

\_\_\_\_\_

Assurance invalidité fédérale

\_\_\_\_\_

Assurance accidents

\_\_\_\_\_

Assurance militaire

\_\_\_\_\_

Assurance chômage/ Autre assurance sociale

\_\_\_\_\_

**Veuillez joindre des copies des décisions et / ou des factures déjà reçus.**

**Enfants mineurs et enfants en apprentissage ou suivant des études**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N° d'assuré: 756. . .

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N° d'assuré: 756. . .

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N° d'assuré: 756. . .

**Veuillez joindre une attestation d'apprentissage ou d'études.**

**Remarques**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Signature**

Employeur ou Institution de prévoyance \_\_\_\_\_

Lieu et date

Timbre et signature

## Déclaration de la personne assurée

Libération du secret professionnel et de fonction, droit de consultation et de transmission des dossiers

La personne soussignée libère l'assurance invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assureurs-accidents, les institutions de prévoyance actuelles et précédentes, 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 SA et des fondations de prévoyance compétentes, dans la mesure où cela est nécessaire à l'application de la prévoyance en faveur du personnel (examen du risque/traitement du cas de prévoyance concret). Par ailleurs, elle autorise les institutions et les personnes précitées à communiquer à Swiss Life SA et à la fondation de prévoyance, au besoin, tous les renseignements nécessaires (données médicales comprises) et à leur donner le droit de consulter les dossiers. Seules les informations absolument nécessaires à l'application de la prévoyance en faveur du professionnel sont recueillies. La personne soussignée accepte en outre que ses données personnelles et ses données de santé soient transmises au sein de Swiss Life SA à des fins de vérification des prestations et de lutte contre la fraude à l'assurance, ainsi qu'à d'autres assureurs et réassureurs concernés et à des experts.

Consentement à la transmission des données

La personne soussignée accepte que ses données soient transmises dans la mesure nécessaire aux institutions mandatées aux fins de clarifications et d'ouverture ultérieure éventuelle d'une prestation de soutien individuelle et adaptée (Care Management / Case Management / Job Coaching). La personne soussignée prend du reste connaissance du fait que Swiss Life SA peut mandater des tiers pour le traitement et la conservation des données.

Les données sont traitées par Swiss Life SA, la fondation de prévoyance compétente et les tiers mandatés dans la plus stricte confidentialité et ne sont utilisées que pour l'exécution du contrat de prévoyance ou d'assurance.

## Signature

Personne assurée

\_\_\_\_\_

Lieu et date

\_\_\_\_\_

Signature

**En cas d'indications inexactes, Swiss Life SA et les fondations de prévoyance peuvent réduire ou refuser des prestations dans le cadre des dispositions légales.**