

**Déclaration d'incapacité de travail**Employeur: N° de membre: **1. Données personnelles de la personne assurée**Nom: Prénom: Date de naissance: Rue, NPA et localité:   
Sexe:  féminin  masculinEtat civil: N° d'assurance sociale: N° de téléphone: Adresse e-mail: **2. Données professionnelles**Activité professionnelle actuelle? Profession d'origine/apprise: Existe-t-il un impôt à la source?  Oui  NonAvant le début de l'incapacité de travail, la personne assurée était-elle à temps partiel?  Oui  NonSi oui, à combien de %? Depuis quand? Les rapports de travail seront-ils résiliés?  Oui, au  Non

3. Début et historique de l'incapacité de travail:	Degré en %	Valable à compter du	Valable jusqu'au
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Cause de l'incapacité de travail:

Maladie                       Accident ou maladie professionnelle  
 Grossesse                      Date prévue de l'accouchement:

5. Détection précoce

La déclaration à l'AI fédérale a-t-elle été faite en vue d'une détection précoce?       Oui       Non

Nom de l'office AI:

Déclaration effectuée le:

6. Situation actuelle d'assurance

Inscrit(e) auprès de	Nom et localité	N° de sinistre	N° de police
<input type="checkbox"/> Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie *:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité fédérale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assurance-accidents	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assurance militaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Assurance chômage/autre assurance sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Toute réaffectation du ou de la bénéficiaire de prestations de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie à une assurance individuelle d'indemnités journalières doit être signalée sans délai à l'institution de prévoyance.

7. Mineurs ou enfants en formation jusqu'à 25 ans

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Date de naissance:	<input type="text"/>	N° d'assurance sociale:	<input type="text"/>
Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Date de naissance:	<input type="text"/>	N° d'assurance sociale:	<input type="text"/>
Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Date de naissance:	<input type="text"/>	N° d'assurance sociale:	<input type="text"/>

**8. Souhaitez-vous un accompagnement et une assistance gratuits via une Gestion de la santé en entreprise (GSE) et un Case Management (CM)?**

Oui  Non

Si oui, à qui la procuration CM et le prospectus d'information doivent-ils être envoyés?

Employeur:

Personne de contact:

Adresse e-mail:

---

**9. Procuration et signature**

En vue de la clarification du droit, de l'examen du droit aux prestations de la personne assurée ou de tout autre ayant droit aux prestations et de l'exercice des recours contre des tiers contre lesquels la personne assurée ou ses survivants pourraient faire valoir des prétentions à des dommages-intérêts découlant du présent cas d'assurance, la personne soussignée autorise expressément proparis et l'organe d'application de la caisse de pensions

- à se procurer directement tous les renseignements et documents nécessaires à la détermination du droit aux prestations et des recours auprès des caisses maladie, des assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie, des assureurs-accidents, des offices AI, des institutions de prévoyance, des assureurs vie, des assurances chômage, responsabilité civile et militaire, des médecins, des psychothérapeutes, des physiothérapeutes et des chiropraticiens ainsi que des hôpitaux, des établissements de soins, des employeurs et d'autres personnes/institutions.
- Les médecins ainsi que les établissements et personnes cités sont ainsi libérés sans réserve de leur secret professionnel, de leur obligation médicale ou légale de garder le secret envers proparis et l'organe d'application de la caisse de pensions;
- à transmettre à des tiers, à des assureurs concernés, à des réassureurs suisses et étrangers ou, le cas échéant, à des assureurs sur la vie individuelle ainsi qu'à l'office AI compétent les données qui semblent nécessaires à la gestion des sinistres et des recours, et à se procurer auprès d'eux les renseignements nécessaires;
- à mandater des expertises propres. Les coûts sont pris en charge par la caisse de pensions.

Par la présente, toutes les prétentions jusqu'à concurrence des prestations réglementaires sont cédées à l'institution de prévoyance tenue de fournir les prestations réglementaires si la personne assurée ou ses survivants peuvent prétendre à des dommages-intérêts de la part de tiers responsables du sinistre dans le cadre du présent cas d'assurance.

**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 (Panvica), 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 (Panvica), 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.

Lieu et date

Signature de la personne assurée