



SwissLife

## 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'assuré</b>	756. _____	<b>Date de naissance</b>	_____
	<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	<b>Sexe</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
<b>Rapports de travail</b>	Les rapports de travail vont être dissous:			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, au _____
<b>Cause de l'incapacité de travail / de gain</b>	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident ou maladie professionnelle		
	Type de maladie / d'accident: _____			
<b>Évolution de l'incapacité de travail / de gain</b>	<b>Taux</b>	<b>Valable à partir du</b>	<b>Valable jusqu'au</b>	
	_____ %	_____	_____	
	_____ %	_____	_____	
	_____ %	_____	_____	
<b>Médecins traitants</b>	Veuillez indiquer le médecin qui est à même de donner des informations sur le déroulement de toute la maladie/l'accident.			
	Nom et adresse	_____		En traitement depuis _____
	Veuillez nous indiquer les autres médecins et thérapeutes impliqués (lorsqu'il s'agit d'un hôpital veuillez également indiquer le service concerné)			
	Nom et adresse	_____		En traitement depuis _____
	_____			
	_____			
	_____			
	<b>Veuillez joindre des copies des certificats médicaux déjà reçus</b>			



**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	Numéro de référence
<input type="checkbox"/>	Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Assurance invalidité fédérale	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Assurance accidents	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Assurance militaire	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Assurance chômage / autre assurance sociale	_____	_____

**Veillez joindre des copies des décisions et / ou des factures déjà reçues**

**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. \_\_\_\_\_

**Veillez joindre une attestation d'apprentissage ou d'études**

**Remarques**

\_\_\_\_\_

**Signatures**

Employeur ou Institution de prévoyance

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Timbre et signature \_\_\_\_\_

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

La personne soussignée délègue 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 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 ou traitement du cas de prévoyance concret). Par ailleurs, elle autorise les institutions et les personnes précitées à communiquer à Swiss Life 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 professionnelle sont recueillies. Le signataire accepte en outre que ses données personnelles et ses données de santé soient transmises au sein de Swiss Life 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.

Le signataire accepte également 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 (Case Management / Job Coaching). 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 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.

Personne assurée

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**En cas de déclarations inexactes ou incomplètes, Swiss Life ou la fondation peuvent réduire ou refuser des prestations dans le cadre des dispositions légales.**

