

Questionnaire incapacité de gain / Assurance collective

Ce formulaire peut être rempli à l'écran. Utilisez le tabulateur pour passer d'un champ à l'autre. Il est également possible de l'imprimer et de le remplir à la main. Merci de ne pas le retourner par voie électronique.

Preneur d'assurance

N° contrat _____ Employeur _____
Nom et téléphone de la personne de contact auprès de l'institution de prévoyance _____
Nom et téléphone de la personne de contact auprès de l'employeur _____
Adresse de la fondation (selon registre du commerce) _____

Données sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance et sexe _____ M F N° AVS _____
Etat civil _____ Nationalité _____
Adresse _____
Téléphone _____ Langue de correspondance D F I
Profession _____

Taux d'occupation avant le début de l'événement

% _____
Début et fin éventuelle du rapport de travail du _____ au _____
Salaire AVS de l'année du début de l'incapacité de gain selon le règlement de la fondation Année _____ CHF _____
Etat de l'avoir de vieillesse LPP au 31.12 de l'année précédant le début de l'incapacité de gain, art. 15 LPP Année _____ CHF _____

	Nom	Prénom	Date de naissance
Enfants (s'il subsiste un droit à une rente, joindre une attestation de formation)	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Données sur l'incapacité de gain

Début Jour _____ Mois _____ Année _____
Degré et durée % _____ du _____ au _____
% _____ du _____ au _____
% _____ du _____ au _____

Avec une incapacité de travail de plus de 30 jours, veuillez considérer la communication de la détection précoce de l'AI (voir page 2)

- Maladie (si connue, genre de maladie) _____
 Accident (si connu, circonstances de l'accident) _____

Noms et adresses des médecins traitants ou cliniques (joindre copies des rapports médicaux et/ou feuilles d'accident LAA, décomptes, etc. à disposition) _____

Annonce faite à : (SVP annexer des copies des annonces, des communications, des décomptes et des décisions de tous les offices)

Ass. indemnités journalières maladie _____
Société _____
Pers. de contact _____
Téléphone _____

LAA/AMF
Pers. de contact _____
Téléphone _____

autre assurance _____
Pers. de contact _____
Téléphone _____

Assurance-invalidité fédérale (AI)
Office AI du canton de: _____

Casemanager/Manager absences (si existant)
Nom, Téléphone _____

Communication en vue de la détection précoce de l'AI.
Si pas faite, raison : _____
 Demande de prestations auprès de l'AI le _____

Adresses de paiement

de l'institution de prévoyance, resp. de la caisse de prévoyance (à remplir obligatoirement)

N° CCP _____ au nom de _____
 N° cpte bancaire _____ au nom de _____
N° CCP banque _____ banque _____
N° clearing _____ lieu _____
N° IBAN _____

de la personne assurée (si la fondation souhaite un paiement direct de la rente à la personne assurée)

N° CCP _____ au nom de _____
 N° cpte bancaire _____ au nom de _____
N° CCP banque _____ banque _____
N° clearing _____ lieu _____
N° IBAN _____

Impôt à la source

La personne assurée est-elle soumise à l'impôt à la source ? oui non

Remarques

Tampon et signature de la fondation, resp. de l'employeur

Lieu et date _____

Annexes

Communication en vue de la détection précoce de l'AI/
Décisions de principe de l'AI

Attestations de formation pour des enfants

Attestations médicales

Procuration (originale)

Rapports, expertises etc.

Annonce à l'assureur indemnité journalière accident ou maladie

Certificat de prévoyance

Décomptes d'indemnités journalières maladie ou accident

Procuration

a) Autres assureurs

Afin de déterminer les droits et d'examiner les prétentions aux prestations de la personne assurée, le/la soussigné(e) autorise expressément la Mobilière à se procurer les documents nécessaires auprès de tous les organismes d'assurance de droit public et de droit privé impliqués dans ce cas de prestation en tant que caisses-maladie, assureurs maladie, assureurs indemnités journalières en cas de maladie, assureurs accidents, offices AI, institutions de prévoyance, etc., et en particulier de consulter les dossiers pertinents (par ex. expertises médicales et rapports d'autres institutions comme l'orientation professionnelle). L'organisme d'assurance, qui donne le droit de consulter ses dossiers, est autorisé à faire parvenir à la Mobilière des copies des documents pertinents de manière continue et sans nouvelle demande pendant toute la durée d'examen du droit aux prestations.

b) Médecins et autres prestataires de services médicaux

De par la signature figurant ci-après, la Mobilière est également habilitée à se procurer les renseignements qui lui paraissent nécessaires auprès des médecins et autres prestataires de services médicaux ainsi qu'auprès des hôpitaux, des établissements de santé, etc. De ce fait, les médecins et les institutions précitées sont ainsi déliées sans réserve de l'observation du secret professionnel vis-à-vis de la Mobilière.

c) Transmission de son propre dossier

En outre, le/la soussigné(e) autorise la Mobilière à transmettre à l'office AI compétent des documents relatifs à l'évolution de l'incapacité de travail, en particulier des documents médicaux afin d'augmenter sa chance de réinsertion dans la vie professionnelle. Toutefois, la présente procédure ne remplace pas le dépôt de la demande AI qui doit être effectuée par la personne assurée elle-même.

Nom et prénom
de la personne assurée

N° AVS

Date de naissance

De par sa signature figurant ci-après, le/la soussigné(e) accorde la procuration précitée dans toute son ampleur (points a à c).

Lieu, date

Signature de la personne assurée
ou de son représentant légal
