

## Déclaration d'incapacité de travail

No d'affiliation : \_\_\_\_\_ Employeur / Médecin indépendant : \_\_\_\_\_

### Données personnelles de la personne en incapacité de travail

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  F  H

Rue, no \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_

No AVS 756. \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Etat civil  célibataire  mariée(e)  lié(e) par partenariat enregistré  divorcé(e)  veuf/veuve

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

### Article 55 du règlement de la prévoyance en vigueur au 01.01.2021

1. En cas d'incapacité de gain, les cotisations cessent d'être dues dès l'expiration d'un délai d'attente de 3 mois, au plus tard cependant dès l'exigibilité de la rente de l'AI, et ce en fonction du degré d'invalidité. L'exonération s'étend également aux augmentations de cotisations consécutives à l'âge.
2. Pour le calcul du délai d'attente, les périodes d'incapacité de gain s'additionnent pour autant qu'elles soient fondées sur la même cause et qu'elles ne soient pas séparées par un intervalle de pleine capacité de gain supérieur à 12 mois.
3. L'exonération est accordée sans nouveau délai d'attente si elle a déjà été reconnue précédemment pour la même cause et que, dans l'intervalle, l'assuré n'a pas recouvré sa pleine capacité de gain pendant plus de 12 mois.

### Données concernant l'incapacité de travail

Date de début de l'incapacité de travail \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cause de l'incapacité de travail ?  Maladie  Accident

Durée de l'incapacité de travail :

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Votre médecin traitant 1 :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue, no \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_

Votre médecin traitant 2 :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue, no \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_



**Assurances**

Avez-vous une assurance collective indemnité journalière en cas d'accident ou de maladie chez la Mobilière Assurance ?  Oui  Non

Si oui, n° de police \_\_\_\_\_ et n° de sinistre \_\_\_\_\_

Est-ce que d'autres institutions d'assurance (SUVA, LAA, AM, caisses maladie, etc.) sont impliquées dans ce cas de sinistre ?  Oui  Non

Si oui :

1. Nom de l'institution d'assurance \_\_\_\_\_ et n° de sinistre \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

2. Nom de l'institution d'assurance \_\_\_\_\_ et n° de sinistre \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Avez-vous déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité (AI) ?  Oui  Non

**Documents à joindre**

- Procuration (en page 3) dûment signée par la personne assurée
- Déclaration de maladie ou d'accident de l'institution d'assurance
- Décomptes de l'assurance perte de gain maladie ou accident (LAA)
- Certificats médicaux
- Carte maladie ou feuille accident

**Signature de la personne en incapacité de travail**

La personne assurée soussignée confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Procuration

No d'affiliation : \_\_\_\_\_ Employeur / Médecin indépendant : \_\_\_\_\_

### Données personnelles de la personne assurée

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ No AVS 756. \_\_\_\_\_

Rue, no \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_

### Termes de la procuration

Afin de déterminer les droits et d'examiner les prétentions aux prestations de la personne assurée, la personne soussignée autorise expressément le réassureur de la Fondation – La Mobilière – à se procurer les documents nécessaires auprès de tous les organismes d'assurance de droit public et droit privé impliqués dans le cas d'assurance annoncé.

En outre, l'assuré(e) libère

- les médecins, les hôpitaux et autres établissements stationnaires
- l'employeur
- les bureaux officiels et autorités (p. ex. Office des affaires sociales, services sociaux)
- l'assurance-invalidité (AI)/assurance-vieillesse et survivants (AVS)
- les caisses de pension
- les assurances sur la vie
- les assurances-accidents obligatoires ou privées
- les caisses de chômage
- tout autre assureur privé impliqué (p. ex. assurance indemnité journalière en cas de maladie)

et leurs employé de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer des informations au réassureur de la Fondation – La Mobilière – à consulter leurs dossier et à transmettre des copies de documents.

Le réassureur de la Fondation – La Mobilière – s'engage à traiter les informations et les documents reçus conformément à la loi sur la protection des données.

La personne soussignée autorise de plus au réassureur de la Fondation – La Mobilière – à transmettre des informations et/ou documents à

- l'assurance-invalidité (AI)
- la caisse de pension
- l'assurance-accidents obligatoire ou privée
- à tout autre responsable civil ou à son assureur RC (pour motiver les recours).

De par sa signature figurant ci-dessous, la personne assurée accorde la procuration précitée dans tout son ampleur.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

