

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 : _____
 N°AVS : 756. _____ Profession : _____
 Etat civil : ☐ célibataire ☐ marié(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 _____

Si non, nom de l'institution d'assurance _____ 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 : ____ / ____ / ____

N°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

Vos données personnelles sont traitées conformément à la notice de confidentialité qui est disponible sur <https://aromed.ch/politique-de-confidentialite/>. La notice de confidentialité décrit notamment vos droits en matière de traitement de vos données ainsi que les coordonnées de notre conseiller à la protection des données.

