

## Annonce d'une incapacité de travail

Employeur:

Membre n°:

### 1. Données personnelles de la personne assurée

Numéro d'assurance sociale

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, localité

2. Début de l'incapacité de travail:   
jour/ mois/ année

3. Cause de l'incapacité de travail:  Maladie  Accident

### 4. Rapports de travail de l'assuré

Avant l'incapacité de travail, la personne assurée travaillait-elle à temps partiel?  OUI  NON

Si OUI, à quel taux (%)?

Depuis quand?

### 5. Assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie

Une assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie a-t-elle été conclue?  OUI  NON

Le montant de l'indemnité journalière représente-t-il au moins 80% de la perte de gain?  OUI  NON

Les cotisations de l'employeur représentent-elles au moins 50% des cotisations du salaire?  OUI  NON

Indemnité journalière payable pendant  jours

Si vous avez répondu OUI aux trois questions, veuillez fournir les informations suivantes:

Nom / localité de l'assureur d'une indemnité journalière en cas de maladie

Numéro de police de l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie

**Un éventuel passage du bénéficiaire de prestations de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie dans une assurance individuelle d'une indemnité journalière doit être annoncé sans délai à l'institution de prévoyance.**

**5. Autres assurances\*** (\*Prière de joindre les décisions)

Les éventuels ayants droit ont-ils également droit à des prestations de

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - l'assurance-vieillesse et survivants fédérale (AVS)? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - l'assurance-accidents?                               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - l'assurance militaire fédérale (AM)?                 | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - autres?*   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

\*Si OUI, laquelle / lesquelles?

L'incapacité de travail est-elle le fait d'un tiers?

- OUI  NON

---

**6. Procuration et signature**

Afin d'examiner les conditions d'octroi des prestations, de déterminer les prétentions de la personne assurée ou d'autres ayants droit et d'exercer un recours contre des tiers à l'égard desquels la personne assurée ou ses survivants pourraient, dans le cas d'espèce, faire valoir des prétentions en dommages-intérêts, la personne soussignée autorise expressément la proparis et l'organe de gestion de la Caisse de pensions:

- à se procurer directement tous les renseignements et documents qui leur paraissent nécessaires en vue d'examiner le droit à des prestations et les prétentions récursoires auprès des caisses-maladie, des assureurs d'une indemnité journalière 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, des chiropracteurs ainsi qu'auprès des hôpitaux, des établissements de santé, des employeurs et d'autres personnes / institutions.

De ce fait, les médecins de même que les institutions et personnes précitées sont déliés sans réserve du secret professionnel et / ou du devoir de discrétion imposé par la loi et la profession vis-à-vis de la proparis et de l'organe de gestion de la Caisse de pensions.

- à demander et à transmettre à tout tiers, à d'autres assureurs intéressés, à des réassureurs suisses ou étrangers ou à d'éventuels assureurs-vie (Vie individuelle) et à l'office AI compétent, les renseignements nécessaires au règlement du sinistre et à l'exercice des prétentions récursoires.

- à ordonner des expertises pour leur compte, auquel cas la Caisse de pensions en supporte les frais.

Pour autant que la personne assurée ou ses survivants puissent, en l'espèce, faire valoir des prétentions en dommages-intérêts à l'égard de tiers responsables de l'événement assuré, l'ensemble des prétentions sont, par la présente, cédées à l'institution de prévoyance tenue de fournir les prestations jusqu'à concurrence des prestations réglementaires.

Lieu, date

Signature de la personne assurée ou du représentant légal

**Pièces à joindre au présent formulaire**

- Tous les documents de l'AI ou d'autres assureurs
- Les décomptes relatifs à l'indemnité journalière disponibles