



Œuvre de prévoyance de proparis Fondation de prévoyance arts et métiers Suisse, Berne

Déclaration d'incapacité de travail

Employeur:

N° de membre:

1. Données personnelles de la personne assurée

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Rue, NPA et localité:

Sexe:

☐

féminin

☐

masculin

Etat civil:

N° d'assurance sociale:

N° de téléphone:

Adresse e-mail

2. Données professionnelles

Activité professionnelle actuelle?

Profession d'origine/apprise:

Existe-t-il un impôt à la source?

☐

Oui

☐

Non

Avant le début de l'incapacité de travail, la personne assurée était-elle à temps partiel?

☐

Oui

☐

Non

Si oui, à combien de %?

Depuis quand?

Les rapports de travail seront-ils résiliés?

☐

Oui, au

☐

Non

3. Début et historique de l'incapacité de travail:	Degré en %	Valable à compter du	Valable jusqu'au

4. Cause de l'incapacité de travail:	☐ Maladie	☐ Accident ou maladie professionnelle
	☐ Grossesse	Date prévue de l'accouchement:

5. Détection précoce

La déclaration à l'AI fédérale a-t-elle été faite en vue d'une détection précoce? ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'office AI:

Déclaration effectuée le:

6. Situation actuelle d'assurance

Inscrit(e) auprès de	Nom et localité	N° de sinistre	N° de police
☐ Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie *:			
☐ Assurance invalidité fédérale			
☐ Assurance-accidents			
☐ Assurance militaire			
☐ Assurance chômage/autre assurance sociale			

*** Toute réaffectation du ou de la bénéficiaire de prestations de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie à une assurance individuelle d'indemnités journalières doit être signalée sans délai à l'institution de prévoyance.**

7. Mineurs ou enfants en formation jusqu'à 25 ans

Nom:		Prénom:	
Date de naissance:		N° d'assurance sociale:	
Nom:		Prénom:	
Date de naissance:		N° d'assurance sociale:	
Nom:		Prénom:	
Date de naissance:		N° d'assurance sociale:	

8. Souhaitez-vous un accompagnement et une assistance gratuits via une Gestion de la santé en entreprise (GSE) et un Case Management (CM)?

☐

Oui

☐

Non

Si oui, à qui la procuration CM et le prospectus d'information doivent-ils être envoyés?

Employeur:

Personne de contact:

Adresse e-mail:

9. Procuration et signature

En vue de la clarification du droit, de l'examen du droit aux prestations de la personne assurée ou de tout autre ayant droit aux prestations et de l'exercice des recours contre des tiers contre lesquels la personne assurée ou ses survivants pourraient faire valoir des prétentions à des dommages-intérêts découlant du présent cas d'assurance, la personne soussignée autorise expressément proparis et l'organe d'application de la caisse de pensions

- à se procurer directement tous les renseignements et documents nécessaires à la détermination du droit aux prestations et des recours auprès des caisses maladie, des assureurs d'indemnités journalières 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 et des chiropraticiens ainsi que des hôpitaux, des établissements de soins, des employeurs et d'autres personnes/institutions.
- Les médecins ainsi que les établissements et personnes cités sont ainsi libérés sans réserve de leur secret professionnel, de leur obligation médicale ou légale de garder le secret envers proparis et l'organe d'application de la caisse de pensions;
- à transmettre à des tiers, à des assureurs concernés, à des réassureurs suisses et étrangers ou, le cas échéant, à des assureurs sur la vie individuelle ainsi qu'à l'office AI compétent les données qui semblent nécessaires à la gestion des sinistres et des recours, et à se procurer auprès d'eux les renseignements nécessaires;
- à mandater des expertises propres. Les coûts sont pris en charge par la caisse de pensions.

Par la présente, toutes les prétentions jusqu'à concurrence des prestations réglementaires sont cédées à l'institution de prévoyance tenue de fournir les prestations réglementaires si la personne assurée ou ses survivants peuvent prétendre à des dommages-intérêts de la part de tiers responsables du sinistre dans le cadre du présent cas d'assurance.

Lieu et date

Signature de la personne assurée