

Déclaration d'incapacité de gain

Employeur _____
N° de contrat _____
Plan _____

Cette déclaration doit nous être envoyée immédiatement après une incapacité de gain d'au moins trois ans.

Informations sur la personne assurée (doit être rempli par l'employeur)

Nom _____ Prénom _____
Rue / n° _____ NPA / localité _____
N° d'assurance sociale 756. _____ Date de naissance _____
Téléphone _____ Adresse e-mail _____

Enfants

Nombre d'enfants de moins de 20 ans _____ De moins de 25 ans et en formation _____

1. Nom / prénom _____	Date de naissance _____
2. Nom / prénom _____	Date de naissance _____
3. Nom / prénom _____	Date de naissance _____

Incapacité de travail

Incapable de travailler depuis le _____

Veillez joindre des copies de tous les documents listés ci-après:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Accident |
| – Nom + numéro de contrat assurance indemnités journalières: _____ | – Nom + numéro de contrat assurance-accidents: _____ |
| – Déclaration de maladie | – Déclaration d'accident |
| – Carte de malade (à partir du début, mise à jour) | – Fiche d'accident (à partir du début, mis à jour) |
| – Décompte d'indemnités journalières de l'assurance d'indemnités journalières (du début à aujourd'hui) | – Décompte d'indemnités journalières de l'assurance-accidents (du début à aujourd'hui) |
| – Procuration signée par la personne assurée | – Procuration signée par la personne assurée |

Rapport de travail

Le rapport de travail existe toujours Le rapport de travail a été résilié par _____
Veillez joindre la déclaration de sortie

Médecin traitant

Nom _____
Rue / n° _____ NPA / localité _____

Lieu et date _____ Employeur (cachet et signature) _____

Procuration Veuillez faire signer la procuration par la personne assurée et la joindre également. La réassurance se procure ensuite elle-même les renseignements nécessaires.

Procuration et cession

N° de contrat _____

Personne assurée

Nom	_____	Prénom	_____
Rue / n°	_____	NPA / localité	_____
N° d'assurance sociale	756. _____	Date de naissance	_____
Téléphone	_____	Adresse e-mail	_____
Profession ap- prise	_____	Activité exercée / fonction	_____

Afin de permettre l'examen des droits, le contrôle du droit à la prestation de la personne assurée ou d'autres personnes ayant droit aux prestations et l'exercice du recours contre des tiers, à l'égard desquels la personne assurée ou ses survivants pourraient faire valoir des dommages-intérêts dans ce cas d'assurance, la personne sous-signée autorise expressément la Mobilière Suisse Société d'assurances SA

- à se procurer directement tous les renseignements et documents qui semblent nécessaires à la clarification du droit à la prestation et du droit de recours auprès de caisses-maladies, d'assurances maladies et indemnités journalières, d'assurances-accidents, d'offices AI, d'institutions de prévoyance, d'assurances vie, d'assurances-chômage, d'assurances de responsabilité civile, d'assurances militaires, de médecins, de psychothérapeutes, de physiothérapeutes et de chiropraticiens ainsi que d'hôpitaux, d'établissements hospitaliers, d'employeurs et d'autres personnes/institutions. Les médecins et les institutions et personnes mentionnées sont ainsi déliés sans réserve de leur secret professionnel, de leur secret médical ou de leur obligation légale de secret vis-à-vis de la Mobilière.
- à transmettre les données qui semblent nécessaires pour le traitement du sinistre et du recours et la réintégration dans la vie professionnelle à des tiers, notamment à la Mobilière, aux assureurs impliqués ou aux éventuelles assurances vie individuelles et à l'office AI compétent, et à obtenir auprès desdits tiers les renseignements requis.
- à transmettre à l'office AI l'historique de l'incapacité de travail, en particulier des documents médicaux, afin de faciliter la procédure AI et d'augmenter les chances de réintégration dans la vie professionnelle. Cette démarche peut également être effectuée avant une éventuelle inscription auprès de l'office AI.
- à confier à des tiers l'établissement de ses propres expertises. Les frais sont pris en charge par la Mobilière.

Cette procuration reste valable après la mort.

Si la personne assurée ou ses survivants peuvent faire valoir des dommages-intérêts à l'égard de tiers dont la responsabilité est engagée dans ce cas d'assurance, l'ensemble des droits jusqu'à concurrence des prestations réglementaires sont cédés, par la présente, à l'institution de prévoyance tenue de verser les prestations.

Par sa signature ci-après, la personne soussignée donne la procuration susmentionnée dans son intégralité.

Lieu et date _____ Signature de la personne assurée ou du représentant légal _____