groupemutuel

Déclaration d'incapacité de travail de l'assuré

N° de dossier

1. Nom et prénom: _____ Rue: _____ NPA Domicile: _____	Date de naissance : _____	N° AVS (13 chiffres): _____
	Nationalité: _____ Permis de séjour : _____	Assujetti à l'impôt à la source: ☐ oui ☐ non
	N° de téléphone: _____	Email: _____

2. Données professionnelles

Activité professionnelle habituelle : _____

☐ Salarié (1) ☐ Indépendant (2) ☐ Chômeur (3) ☐ Sans activité lucrative

En fonction de la ou des catégories cochées ci-dessus, veuillez joindre une copie de:
(1) votre dernière fiche de salaire de chaque employeur
(2) votre dernier décompte de Pertes & Profits, décompte de l'AVS ou déclaration fiscale
(3) du dernier décompte du chômage

3. Période de l'incapacité

Incapacité de travail du _____ au _____ à _____ %
du _____ au _____ à _____ %
du _____ au _____ à _____ %

Reprise effective du travail le: _____
ou durée prévisible de l'incapacité en jours: _____

4. Cause de l'incapacité

☐ maladie ☐ accident ☐ maladie professionnelle ☐ maternité, terme prévu: _____
Genre de maladie / blessure: _____
S'agit-il d'une rechute d'une précédente période d'incapacité? ☐ non ☐ oui, celle du: _____

5. Limitations

Description détaillée des activités professionnelles que vous ne pouvez plus réaliser actuellement :

_____
_____
_____

6. Suivi médical

Nom et adresse de votre médecin-traitant:

_____

Date de la 1ère consultation: _____ Date de la prochaine consultation _____
Si hospitalisation, où? _____ quand? _____
Si opération, où? _____ quand? _____
Autres médecins consultés: _____

7. Autres prestations d'assurances

Vous êtes-vous déjà annoncé à l'AI? ☐ non ☐ oui, auprès de l'Office AI du canton de:

_____

Dans la négative, envisagez-vous de le faire prochainement? ☐ non ☐ oui

Si vous avez droit ou avez fait valoir un droit à des indemnités journalières ou à une rente, veuillez cocher l'assureur concerné et **joindre une copie du dernier décompte d'indemnités journalières et/ou de la dernière décision de rente**:

☐ AI / AVS ☐ SUVA ou autre assureur LAA ☐ assurance personnelle/privée ☐ Assurance chômage
☐ LPP ☐ Assurance militaire ☐ autre

Une des assurances précitées vous a-t-elle notifié une limitation, un refus ou un épuisement concernant votre droit aux prestations? ☐ non ☐ oui (merci de joindre une copie de cette décision à votre déclaration)

Par sa signature, la personne assurée, respectivement son représentant légal, déclare avoir répondu de manière complète et selon la vérité aux questions posées ci-dessus et collaborer à l'instruction de l'assureur. A défaut, les prestations sont refusées.

Procuration : La personne assurée autorise l'assureur à traiter les données nécessaires à la détermination de son droit aux prestations dans le cadre du règlement du sinistre susmentionné. Elle délie du secret professionnel et médical les dispensateurs de soins, les assureurs sociaux ou privés et les autorise à transmettre tous les renseignements nécessaires en relation avec l'événement mentionné ci-dessus.
Elle autorise l'assureur à transmettre les documents nécessaires à l'office AI compétent, à la caisse de pension ou aux assureurs sociaux et privés concernés, ainsi qu'à communiquer les données utiles à son employeur, sans les données médicales et en respectant la protection des données, afin notamment d'augmenter ses chances de réinsertion dans la vie professionnelle, en particulier dans le cadre de la détection précoce selon la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI). Elle autorise l'assureur à obtenir le remboursement d'une éventuelle sur indemnisation ou de ses avances directement auprès d'un autre assureur privé ou social selon la LAI, la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), la Loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM) et la Loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP).

Lieu et date :

Signature :