

Déclaration d'une incapacité de gain

Employeur

Raison sociale Contrat n°

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom
Prénom
N° AVS . . . Date de naissance | | / | | / | | | |
E-mail Téléphone
Adresse

Compagnie d'assurance

Perte de gain
maladie
(nom et adresse)

Accidents (LAA)
(nom et adresse)

Renseignements concernant l'incapacité de gain et la situation professionnelle

Cause de l'incapacité de gain maladie accident
Degré et durée (%) . du | | / | | / | | | | au | | / | | / | | | |
 . du | | / | | / | | | | au | | / | | / | | | |
 . du | | / | | / | | | | au | | / | | / | | | |
Nom et adresse du médecin traitant



Joindre les décomptes d'indemnités journalières et les certificats médicaux.

Situation professionnelle

Activité professionnelle exercée avant le début de l'incapacité de gain ?
La personne assurée pourra-t-elle reprendre la même activité professionnelle ? oui non
Le contrat de travail est-il ou sera-t-il résilié ? oui non Si oui, quand ? | | / | | / | | | |

Déclaration d'une incapacité de gain

Déclaration de l'assuré concernant la dispense de l'obligation du secret médical

Je soussigné(e),

libère les médecins, les hôpitaux et autres établissements stationnaires (p. ex. foyers pour personnes âgées, médicalisés ou non), 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 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 employés de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer des informations à la Fondation Collective Opsion, son réassureur et ses mandataires, à consulter leurs dossiers et à transmettre des copies de documents. La Fondation Collective Opsion 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 la Fondation Collective Opsion à transmettre des informations et/ou documents à l'assurance invalidité, l'assurance-accidents obligatoire ou privée à tout autre responsable civil ou à son assureur RC (pour motiver les recours).

Signatures

Les personnes soussignées attestent, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Lieu	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Signature de l'assuré(e)

Date	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Lieu	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Timbre, signature de l'employeur
