Swisscanto
1e Fondation
Collective

Déclaration d'incapacité de travail (formulaire personne assurée)

Employeur _____ N° de contrat _____

Indications sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Rue/n° _____ NPA/Lieu _____

N° de tél. _____ Activité exercée _____

Profession apprise _____

Pour les employés à temps partiel : La charge de travail partielle est-elle due à des raisons médicales ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ? _____

Enfants

Avez-vous des enfants mineurs, ou des enfants majeurs suivant une formation ?

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Veuillez joindre des attestations de formation pour les enfants majeurs.

Incapacité de travail

Début de l'incapacité de travail _____

Diagnostic(s) _____

_____

_____

Médecins traitants

Noms et adresses (y c. les services d'hôpitaux) _____

_____

_____

Veuillez joindre les rapports médicaux, certificats médicaux, attestations d'accident et décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident déjà disponibles.

Organisme de paiement

Nom de la banque/poste _____

Adresse de la banque _____

Numéro IBAN _____ SWIFT/BIC _____

Titulaire du compte _____

Remarques

_____

_____

_____

Procuration

Le mandant autorise la mandataire Swisscanto 1e Fondation collective en rapport avec les clarifi cations de droits aux prestations dans le cadre des assurances sociales et en particulier de la prévoyance professionnelle

concernant

le déliement du secret professionnel ou officiel ainsi que le droit à la consultation des dossiers

La personne soussignée autorise Swisscanto 1e Fondation collective et ses réassureurs, La Mobilière Suisse Société d'assurances sur la vie SA, à se procurer directement tous les dossiers et renseignements nécessaires à l'examen du droit aux prestations ; ce auprès de médecins, de prestataires de services médicaux, de services de médecin-conseil d'assurances privées et sociales, d'hôpitaux, de sanatoriums et d'institutions similaires lui paraissant nécessaires. Les médecins et les institutions susmentionnées sont donc déliés de l'obligation de confidentialité ou du secret professionnel envers Swisscanto 1e Fondation collective et ses réassureurs. La personne soussignée délie en outre les caisses-maladies, assureurs-maladie, assureurs d'indemnité journalière de maladie, assureurs-accidents, offices AI, institutions de prévoyance, administrations et autorités (p. ex. office social, service d'assistance et prévoyance sociales), assurances-vie, caisses de chômage et autres assureurs privés impliqués et leur personnel de leur obligation de secret, et les autorise à fournir des renseignements à Swisscanto 1e Fondation collective et à ses réassureurs, ainsi qu'à consulter ses dossiers et à leur remettre des copies des documents.

Transmission de dossiers personnels et fourniture de renseignements

La personne soussignée autorise Swisscanto 1e Fondation collective à transmettre des documents sur l'évolution de l'incapacité de travail et des dossiers pour examen des droits, en particulier des dossiers médicaux, à son réassureur, à ses médecins-conseils, à ses instances d'examens médicaux, aux organismes d'assurance (sociale), aux autres civilement responsables ou à leurs assureurs responsabilité civile (pour la justification de recours) et autorités, ainsi qu'à fournir des renseignements verbaux. La personne assurée ou ses représentants doivent faire valoir des prétentions aux prestations indépendamment de la présente autorisation.

Swisscanto 1e Fondation collective et son réassureur s'engagent à traiter les informations et documents reçus conformément à la loi sur la protection des données. Cette procuration ne s'éteint pas au décès du mandant.

Par sa signature ci-dessous, le sous-signé / la sous-signée donne la procuration susmentionnée dans son ensemble et confirme l'intégralité et l'exactitude des indications faites dans la déclaration d'incapacité de travail.

Nom et prénom de la personne assurée	Numéro d'assurance sociale	Date de naissance
Lieu et date	Signature de la personne assurée ou du représentant légal (soumettre l'acte de nomination)	

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé avec annexes (attestations de formation d'enfants majeurs, certificats et rapports médicaux, décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident) par courrier à l'adresse suivante :

Swisscanto 1e Fondation Collective
Bureau
Case postale
8152 Glattbrugg

Réinitialiser le formulaire Imprimer le formulaire