

# Annonce d'incapacité de travail resp. de gain

\*Contrat n°: \_\_\_\_\_

\*Police n°: \_\_\_\_\_

\*Entreprise: \_\_\_\_\_

Rue, n°: \_\_\_\_\_

CP, lieu: \_\_\_\_\_

Prière de remplir les trois pages ainsi que les dater et signer.

**Maladie**

**Accident**

## 1 Identité de la personne assurée (à remplir par l'employeur)

\*Nom: \_\_\_\_\_ \*Prénom: \_\_\_\_\_ \*Date de naissance: \_\_\_\_\_

\*Rue, n°: \_\_\_\_\_ \*CP, lieu: \_\_\_\_\_

\*Nationalité: \_\_\_\_\_ \*Profession: \_\_\_\_\_ \*Etat civil: \_\_\_\_\_

\*Entrée en service: \_\_\_\_\_ Tél. privé: \_\_\_\_\_ Tél. professionnel: \_\_\_\_\_

\*Quel était le salaire de la personne assurée au début de l'incapacité de travail, resp. de gain? Salaire annuel (le cas échéant, le salaire en question calculé pour une année) \_\_\_\_\_

\*Les rapports de travail avec la personne assurée ont-ils été résiliés?  Oui  Non

(\*)Si oui, pour quelle date le contrat est-il résilié? \_\_\_\_\_

(\*)Si non, la résiliation des rapports de travail est-elle prévue et pour quelle date? \_\_\_\_\_

## 2 Autres institutions d'assurance mises à contribution pour le présent cas

| Assureur accidents | Accident n° | Assurance perte de gain |
|--------------------|-------------|-------------------------|
| _____              | _____       | _____                   |

\*Assurance invalidité fédérale:

Le cas a-t-il été communiqué pour détection précoce?  Oui  Non

La notification pour la perception de prestations a été déposée par la personne assurée?  Oui  Non

Demande à déposer? Canton compétent \_\_\_\_\_  Oui  Non

\*Assurance militaire?  Oui  Non

Autres assurances (y compris les assurances sociales étrangères): \_\_\_\_\_

## 3 Pour les personnes avec charge de famille

(\*)Renseignements sur les enfants ayants droits à des prestations

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Documents à fournir:

Photocopie du livret de famille; pour les enfants en apprentissage: cachet, signature de l'employeur ou poursuivant leurs études, s'ils ont passé la limite défini dans le règlement respectivement le contrat d'assurance, une attestation de leur employeur resp. de leur établissement scolaire.

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Cachet, signature de l'employeur

---

#### 4 Indications concernant l'incapacité de travail resp. de gain (à remplir par la personne assurée)

Première annonce       Annonce d'une rechute

\*Le cas as-il été communiqué à l'office AI pour détection précoce?       Oui       Non

En cas **de maladie**

En cas **d'accident** (maladies professionnelles incluses)

a) (\*)De quoi souffrez-vous?

a) (\*)Date et lieu de l'accident?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

b) (\*)Depuis quand ressentez-vous des troubles?

b) (\*)Circonstances de l'accident? (incl. personnes, objets, et véhicules participantes) (\*)

---

---

(\*)Existe-t-il un tiers responsable civil?       Oui       Non

c) (\*)Aviez-vous déjà été soigné précédemment pour la même maladie?       Oui       Non

(\*)Existe-t-il un rapport de police?       Oui       Non

(\*)Si oui, quand? \_\_\_\_\_

c) (\*)Lésions subies?

(\*)Par quel médecin?

---

---

---

---

---

---

Veillez joindre **les documents établis** par votre/vos assureur/s-accidents (décisions et dispositions prises, attestations).

---

#### 5 Traitement médical

a) \*Quand avez-vous consulté le médecin pour la première fois? \_\_\_\_\_

\*Quel médecin? \_\_\_\_\_

b) (\*)Médecins consultés ou appelés ensuite. Quand et lesquels?

---

---

---

c) \*Nom et adresse du médecin chez lequel vous êtes actuellement en traitement ou sous contrôle

---

---

#### 6 Durée et degré de l'incapacité de travail resp. de gain?

\*Du:

\*au:

\*Degré de l'incapacité de gain en %

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

---

## 7 Procuration

### a) Autres assureurs

Afin de déterminer les droits et d'examiner les prétentions aux prestations de la personne assurée, le/la soussigné/e autorise expressément Helvetia à se procurer les documents nécessaires auprès de tous les organismes d'assurance de droit public et de droit privé impliqués dans ce cas de prestation en tant que caisses-maladie, assureurs maladie, assureurs indemnités journalières en cas de maladie, assureurs accidents, offices AI, institutions de prévoyance, etc., et en particulier de consulter les dossiers pertinents (par ex.: expertises médicales et rapports d'autres institutions comme l'orientation professionnelle).

### b) Médecins et autres prestataires de services médicaux

De par la signature figurant ci-après, Helvetia est également habilitée à se procurer les renseignements qui lui paraissent nécessaires auprès des médecins et autres prestataires de services médicaux ainsi qu'auprès

des hôpitaux, des établissements de santé, etc. De ce fait, les médecins et les institutions précitées sont ainsi déliées sans réserve de l'observation du secret professionnel vis-à-vis de Helvetia.

### c) Transmission de son propre dossier

En outre, le/la soussigné(e) autorise Helvetia à transmettre à l'office AI compétent des documents relatifs à l'évolution de l'incapacité de travail, en particulier des documents médicaux afin d'augmenter sa chance de réinsertion dans la vie professionnelle. Toutefois, la présente procédure ne remplace pas le dépôt de la demande AI qui doit être effectuée par la personne assurée elle-même.

Nom et prénom de la personne assurée

Date de naissance

Numéro d'assurance sociale (AVS)

\_\_\_\_\_

Par sa signature ci-dessous, la personne assurée confère le pouvoir susmentionné dans sa totalité (a à c).

\_\_\_\_\_

Lieu, date

\_\_\_\_\_

Signature de la personne assurée ou du représentant légal

Annexes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Veillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante:**

Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA, case postale 3855, 4002 Bâle