



# Annnonce d'incapacité de travail resp. de gain

## Partie 1: employeur

à l'attention de l'Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA  
(ci-après Helvetia), assureur de Swisscanto Fondations collectives

Bureau de contact:

\*Contrat n°:

\*Police n°:

\*Entreprise:

Rue, n°:

CP, lieu:

### Remarques:

- La **partie 1** doit être remplie par l'**employeur** et peut être envoyée séparément de la partie 2.
- La **partie 2** doit être remplie par la **personne assurée** et peut être envoyée séparément de la partie 1.

### 1 Identité de la personne assurée

\*Nom:

\*Prénom:

\*Date de naissance:

\*Rue, n°:

\*CP, lieu:

\*Profession:

\*Etat civil:

\*Entrée en service:

Tél. professionnel:

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

\*Degré d'occupation de la personne assurée avant incapacité de travail (%)

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

Oui  Non

(\*Si oui, pour quelle date?

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

\*Date de l'incapacité de travail:

Maladie

Accident

### 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 demande de prestations a-t-elle été déposée?

Oui  Non

Canton compétent

\*Assurance militaire?

Oui  Non

Autres assurances (y compris les assurances sociales étrangères):

Lieu, date

Cachet, signature de l'employeur



# Annonce d'incapacité de travail resp. de gain

## Partie 2: personne assurée

**Veillez signer à la page 2.**

à l'attention de l'Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA (ci-après Helvetia), assureur de Swisscanto Fondations collectives

\*Contrat n°: \_\_\_\_\_ \*Police n°: \_\_\_\_\_  
\*Entreprise: \_\_\_\_\_  
\*Nom: \_\_\_\_\_  
\*Prénom: \_\_\_\_\_  
\*Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Tél. privé: \_\_\_\_\_

### 1 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**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

(\*)Si oui, quand?

(\*)Par quel médecin?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

c) (\*)Lésions subies?

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

### 2 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

\_\_\_\_\_

---

### 3 Pour les personnes avec charge de famille

(\*)Renseignements sur les enfants ayants droits aux 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 définie dans le règlement respectivement le contrat d'assurance, une attestation de leur employeur resp. de leur établissement scolaire.

### 4 Procuration

Selon le règlement de l'institution de prévoyance resp. de la fondation autonome/semi-autonome du/de la signataire, l'Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA (ci-après «l'Helvetia») assure la direction des affaires de l'institution de prévoyance, resp. est mandatée pour la gestion et le traitement des cas de prestations de la fondation autonome/semi-autonome.

Le/La signataire autorise par conséquent l'Helvetia dans sa fonction de Directrice de l'institution de prévoyance resp. de service de la fondation autonome/semi-autonome chargé de la gestion et du traitement des prestations, à traiter les données nécessaires à la clarification de ses droits aux prestations et au règlement du cas de prestation annoncé.

Par ailleurs, le/la signataire autorise l'Helvetia à vérifier des droits aux prestations éventuels du/de la signataire vis-à-vis de l'Helvetia en vertu de la loi fédérale sur le contrat d'assurance sur la base des données reçues, de même qu'à coordonner, le cas échéant, les cas de prestation de l'institution de prévoyance et de l'Helvetia.

Par la présente procuration, l'Helvetia est en outre autorisée expressément à se procurer tous les renseignements et données utiles auprès de tous les assureurs de droit public ou privé impliqués dans ce cas de prestation (compagnies d'assurances et institutions d'assurance comme l'assurance-invalidité fédérale, l'assurance-accidents suisse, l'assurance militaire fédérale, compagnies d'assurance-accidents et maladie, assurances d'indemnité journalière, coassureurs et réassureurs, institutions de prévoyance, etc.), auprès des médecins traitants, des autres fournisseurs de prestations

médicales, des hôpitaux, des établissements hospitaliers, des employeurs, des services officiels et autorités, tels que les autorités chargées d'enquêter, les offices de la population, les offices des poursuites, les administrations fiscales, etc. (ci-après «tiers») et est autorisée à consulter et recevoir tous les dossiers déterminants (de nature médicale, professionnelle, financière ou juridique, comme des expertises médicales ou des rapports du service d'orientation professionnelle).

Le/La signataire autorise ces tiers à communiquer à l'Helvetia et à son service médical, sur demande, les données nécessaires à la clarification et au traitement du cas de prestation et à lui transmettre tous les dossiers utiles et délie ainsi expressément ces tiers de leurs obligations légales et contractuelles de secret professionnel et de confidentialité. Les tiers autorisés à fournir des renseignements sont également habilités à transmettre sans nouvelle demande à l'Helvetia l'ensemble des données et dossiers déterminants pour le traitement du cas de prestation annoncé.

Enfin, le/la signataire autorise également l'Helvetia à transmettre à son tour toutes les données pertinentes pour le traitement du cas de prestation annoncé aux tiers impliqués, en Suisse et à l'étranger.

Si la présente procuration n'est pas accordée, l'Helvetia ne sera pas en mesure de mener toutes les investigations nécessaires, ce qui peut avoir pour conséquence une clarification insuffisante de l'étendue de l'incapacité de gain et donc le refus d'allouer des prestations d'assurance. La présente procuration est accordée par le/la signataire indépendamment d'une obligation de verser les prestations de la part de son institution de prévoyance.

---

\*Nom:

\*Prénom:

\*Date de naissance:

---

Par sa signature ci-dessous, la personne assurée confère le pouvoir susmentionné dans sa totalité.

Lieu, date

Signature de la personne assurée ou du représentant légal

Annexes

---

---

**Veillez retourner ce formulaire** à votre bureau de contact ou à Swisscanto Fondations collectives, Siège, St. Alban-Anlage 26, Case postale 3855, 4002 Bâle