

## Déclaration d'incapacité de travail de l'assuré

N° de dossier

1. Nom et prénom: _____		Date de naissance : _____	N° AVS (13 chiffres): _____
Rue: _____		Nationalité: _____	Assujetti à l'impôt à la source: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
NPA Domicile: _____		Permis de séjour : _____	
		N° de téléphone: _____	Email: _____
2. Données professionnelles	Activité professionnelle habituelle : _____ <input type="checkbox"/> Salarié (1) <input type="checkbox"/> Indépendant (2) <input type="checkbox"/> Chômeur (3) <input type="checkbox"/> Sans activité lucrative <b>En fonction de la ou des catégories cochées ci-dessus, veuillez joindre une copie de:</b> (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	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> maternité, terme prévu: _____ Genre de maladie / blessure: _____ S'agit-il d'une rechute d'une précédente période d'incapacité? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, auprès de l'Office AI du canton de: _____  Dans la négative, envisagez-vous de le faire prochainement? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> AI / AVS <input type="checkbox"/> SUVA ou autre assureur LAA <input type="checkbox"/> assurance personnelle/privée <input type="checkbox"/> Assurance chômage <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assurance militaire <input type="checkbox"/> autre  Une des assurances précitées vous a-t-elle notifié une limitation, un refus ou un épuisement concernant votre droit aux prestations? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (merci de joindre une copie de cette décision à votre déclaration)		
<b>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.</b>			
<b>Procuration :</b> 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 délègue 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 :

Sociétés de Groupe Mutuel Holding SA :

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA

SUPRA-1846 SA / AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA / Groupe Mutuel Vie GMV SA

Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA : Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

Rue des Cèdes 5 – 1919 Martigny

www.groupemutuel.ch