

Ce formulaire doit être retourné dûment complété dès qu'une incapacité de travail partielle ou totale dépasse le délai d'attente prévu contractuellement.

## EMPLOYEUR

N° de contrat : .....

Raison sociale : .....

## PERSONNE ASSURÉE

Nom : ..... Prénom : .....

N° AVS : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse privée : (rue, n°) .....  
(NPA, LIEU) .....

## INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Date du début de l'incapacité de travail : ..... / ..... / .....

Cause de l'incapacité de travail :  accident  maladie

Salaire annuel déterminant lors de la survenance de l'incapacité de travail : CHF .....  
dès le : ..... / ..... / .....

## DURÉE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

.....% du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....	.....% du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
.....% du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....	.....% du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
.....% du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....	.....% du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

## MÉDECIN(S) TRAITANT(S)

Nom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

## ASSURANCES

1. Une demande AI a-t-elle été déposée ?  non  oui  
Si oui, joindre une copie du questionnaire employeur.

2. a) Assurance en cas d'accident : N° de contrat : .....  
Adresse : (Nom, rue, n°) .....  
(NPA, LIEU) .....

b) Assurance accident complémentaire éventuelle : N° de contrat : .....  
Adresse : (Nom, rue, n°) .....  
(NPA, LIEU) .....

3. Assurance en cas de maladie : N° de contrat : .....  
Adresse : (Nom, rue, n°) .....  
(NPA, lieu) .....

4. La personne assurée a-t-elle plusieurs employeurs ?  non  oui  
Si oui, indiquer les coordonnées du/des autre(s) employeur(s) :

Nom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

## DOCUMENTS À JOINDRE

- Procuration dûment signée par la personne assurée
- Déclaration de maladie ou d'accident
- Décomptes de l'assurance perte de gain maladie ou accidents (LAA)
- Certificats médicaux
- Carte maladie ou feuille accident

Lieu et date :

Timbre et signature de l'employeur :

.....

.....

## EMPLOYEUR

N° de contrat : ..... / .....

Raison sociale : .....

---

## PERSONNE ASSURÉE

Nom : ..... Prénom : .....

N° AVS : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse privée : (rue, n°) .....

(NPA, LIEU) .....

---

## TERMES DE LA 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 le réassureur de la Fondation 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-dessous, le réassureur de la Fondation est également habilité 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 du réassureur de la Fondation.

### c) Transmission de son propre dossier

En outre, le/la soussigné/e autorise le réassureur de la Fondation à transmettre à l'Office AI compétent tout document relatif à l'évolution de l'incapacité de travail, en particulier les 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.

De par sa signature figurant ci-dessous, la personne assurée accorde la procuration précitée dans toute son ampleur (points a à c).

Lieu et date :

Signature de la personne assurée ou  
son représentant légal

.....

.....

**À RETOURNER À :**

Fondation Collective FCPE-Pensio  
Case postale 300  
1001 Lausanne