

<b>Déclaration d'incapacité de travail ou de gain (caisse de pensions / fondation de prévoyance)</b>		<b>Référence</b>	Nom de la société
			N° d'affiliation G N° de police
<b>Personne assurée</b>	Nom	N° AVS	
	Prénom	Nationalité	
	Adresse	Permis de séjour / permis d'établissement	
	NPA / localité	Sexe féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>	
	Pays	Téléphone (fixe / mobile)	
	Date de naissance	Profession apprise	
	État civil	Profession exercée	
<b>Informations relatives au contrat de travail</b>	Début du contrat	Contrat dans le cadre de la 6 <sup>e</sup> révision de l'AI	
	Le contrat a-t-il été résilié ?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, à quelle date ?	Par qui le contrat a-t-il été résilié ? Employeur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/>	
	Motif de la résiliation ?	Indépendant                    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Salarié                            oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	Temps de travail hebdomadaire de la personne assurée Jours :                    Heures :	Temps de travail hebdomadaire dans la société (heures) :	
<b>Informations relatives à l'incapacité de travail</b>	Dernier jour de travail ?	La personne a-t-elle repris le travail entre-temps ? Si oui, quand ?    du                    au                    à                    %	
	Durée prévue de l'incapacité de travail ? Mois                    Jours	En cas de grossesse, date prévue de la naissance	
	Type de <b>maladie</b>	En cas d' <b>accident</b> , partie du corps touchée <b>Date de l'accident :</b>	
<b>Degré d'incapacité de travail</b>	%                    à partir du	%                    à partir du	
	%                    à partir du	%                    à partir du	
	%                    à partir du	%                    à partir du	
	%                    à partir du	%                    à partir du	
<b>Informations relatives au salaire</b>	<b>Salaire annuel AVS</b> (avant la cessation d'activité)	<b>CHF</b>	
<b>Autres prestations d'assurances</b>	L'assuré perçoit-il déjà ou a-t-il fait une demande pour obtenir une indemnité journalière ou une rente de l'assurance-invalidité, d'une caisse-maladie, d'une assurance-accidents obligatoire au titre de la LAA, de l'assurance militaire / chômage ou d'une assurance privée ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>Veillez nous faire parvenir une copie des décisions / décomptes correspondants.</b>		
	Assurance indemnités journalières en cas de maladie Adresse de contact		
	Assurance-accidents obligatoire LAA Adresse de contact		
	Assurance-invalidité Office AI compétent		
	Assurance militaire / chômage Adresse de contact		
	Assurance privée Adresse de contact		
	Lieu et date		Timbre et signature de l'employeur

**Veillez transmettre ce formulaire (p. 1 et 2) à la personne assurée afin qu'elle nous le retourne dûment complété.**  
**La résiliation du contrat de travail ne vous libère pas de l'obligation d'informer à laquelle vous êtes tenu en tant qu'employeur. Selon le règlement, il vous incombe d'annoncer immédiatement par écrit toute incapacité de travail (partielle) lorsque la personne assurée subit une incapacité de travail de 40 % au minimum durant plus de 30 jours dans une période de 90 jours (dès la 1<sup>re</sup> incapacité de travail).**

<b>Procuration / Informations sur l'assuré(e)</b>	<b>Référence</b>		Nom de la société
			N° d'affiliation G N° de police
<b>Procuration / Déclaration de consentement</b>	<b>Procuration / Déclaration de consentement</b>		
	De _____, N° AVS _____		
	<p><i>Objet</i></p> <p>1. L'institution de prévoyance (ci-après IP) et Allianz Suisse Société d'Assurances sur la Vie SA en tant qu'auxiliaire de cette IP sont en droit d'obtenir, de traiter et de transmettre en raison de cette inscription les données sur la personne assurée, y compris des données personnelles sensibles et des profils de personnalité afin de remplir les obligations conformes à la loi, au règlement et au contrat d'assurance collective. Font notamment partie de ces tâches l'appréciation du droit aux prestations, le calcul et l'octroi de prestations et leur coordination avec d'autres prestations, en particulier d'autres assureurs sociaux et privés, l'exercice de droits de recours à l'encontre de tiers civilement responsables, l'encouragement à l'intégration de personnes assurées dans la vie professionnelle, la révélation de fraudes à l'assurance et l'évitement de l'octroi de prestations non justifiées ainsi que le traitement de cas de prestations avec des réassureurs et coassureurs. Il peut être fait appel à des tiers sélectionnés pour l'exécution de ces tâches, qui ne traitent les données que comme l'IP et Allianz Suisse Vie pourraient le faire et qui sont soumis à la même obligation légale et contractuelle de garder le secret que l'IP et Allianz Suisse Vie.</p> <p><i>Acquisition des données</i></p> <p>2. La personne assurée autorise l'IP et Allianz Suisse Vie à obtenir auprès des organismes d'assurance de droit public et privé comme auprès des caisses de chômage, caisses-maladie, assureurs privés d'indemnités journalières, assureurs accident, offices AI, institutions de prévoyance et auprès des médecins et d'autres fournisseurs de services médicaux tels qu'hôpitaux, établissements de cure, etc. tous les renseignements et documents qu'elles considèrent nécessaires aux fins citées à l'article 1, et en particulier à consulter leurs dossiers (y compris les dossiers et expertises médicaux).</p> <p><i>Communication des données et consultation des dossiers</i></p> <p>3. Dans le cadre des dispositions légales et des buts cités à l'article 1, l'IP et Allianz Suisse Vie sont en droit de communiquer et d'octroyer la consultation des dossiers de l'ensemble des données concernant la personne assurée, y compris les données sensibles et les profils de personnalité au cas par cas et sur demande écrite et justifiée aux organismes d'assurance de droit public et privé cités à l'article 2 ainsi qu'aux autorités d'aide sociale, tribunaux civils et pénaux et autorités d'enquête pénale, offices des poursuites, autorités fiscales, organes d'autres assurances sociales, autorités compétentes pour l'impôt à la source et autres personnes disposant d'un droit légal de consultation des dossiers dans le régime obligatoire LPP.</p> <p><i>Transfert des données/droit de consultation des données</i></p> <p>4. La personne assurée autorise l'IP et Allianz Suisse Vie à transmettre à l'office compétent l'ensemble des documents relatifs à l'incapacité de travail et au cours de celle-ci, notamment les documents médicaux, afin d'augmenter les chances de réinsertion dans le monde du travail. Si, outre des offices fédéraux (p. ex. AI), des tiers procèdent à un Case et/ou Care Management, ceux-ci sont également autorisés à recevoir ou consulter les documents nécessaires. Si besoin, les données sont également transmises pour traitement aux coassureurs et réassureurs.</p> <p><i>Libération de l'obligation de garder le secret</i></p> <p>5. Dans le cadre des articles 1 et 2 ci-dessus, la personne assurée libère sans réserve les médecins et autres fournisseurs de prestations médicales tels qu'hôpitaux, établissements de cure, etc. de toute obligation de garder le secret à l'égard de l'IP et d'Allianz Suisse Vie.</p>		
	<b>Lieu et date</b>	<b>Signature de la personne assurée ou du représentant légal / juridique</b>	
<b>Informations relatives au contrat d'assurance à la survenance de l'incapacité de travail</b>	Avez-vous un nouvel employeur ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, nom et adresse du nouvel employeur	
	Avez-vous recouvré une capacité de travail totale ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Avez-vous repris le travail entre-temps ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>  Si oui, quand ? <b>du</b> <b>au</b> <b>à</b> %	
<b>Médecins traitants pour la présente affection</b>	Nom, adresse	Nom, adresse	
	Nom, adresse	Nom, adresse	
<b>3<sup>e</sup> pilier</b>	Avez-vous souscrit auprès d'Allianz Suisse une assurance vie (piliers 3a ou 3b) qui vous donne droit au versement de prestations dans le présent cas d'incapacité de travail ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, n° de police / de sinistre		

**Veuillez envoyer le présent formulaire une fois complété à Allianz Suisse Vie, clients entreprises service prestations, Case postale, 8010 Zurich, ou [serviceprestations@allianz-suisse.ch](mailto:serviceprestations@allianz-suisse.ch)**