

## Prévoyance professionnelle

### Annnonce d'incapacité de travail ou de gain (caisse de pensions / fondation de prévoyance)

Référence	Nom de la société
N° d'affiliation G	N° de police

#### Personne assurée

Nom	Prénom
Rue, n°	NPA / localité (lieu d'enregistrement?)
Pays	Date de naissance
État civil	N° AVS
Nationalité	Permis de séjour / permis d'établissement
Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Téléphone (fixe / mobile)
Profession apprise	Profession exercée

#### Informations relatives au contrat de travail

Début du contrat	Indépendant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Salarié <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le contrat a-t-il été résilié? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quelle date?	Motif de la résiliation?
Par qui le contrat a-t-il été résilié? <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé	Temps de travail hebdomadaire dans la société (heures)	
Temps de travail hebdomadaire de la personne assurée Jours <input type="text"/> Heures <input type="text"/>		

#### Informations relatives à l'incapacité de travail

Dernier jour de travail?	Durée prévue de l'incapacité de travail? Mois <input type="text"/> Jours <input type="text"/>
La personne a-t-elle repris le travail entre-temps? Si oui, quand? <input type="checkbox"/> Oui, du <input type="text"/> au <input type="text"/> à <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Non	
Type de <b>maladie</b>	En cas de grossesse, date prévue de la naissance
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
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%	à partir du	%	à partir du
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%	à partir du	%	à partir du
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%	à partir du	%	à partir du
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	%	à partir du	%	à partir du
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Informations relatives au salaire** Salaire annuel AVS (avant la cessation d'activité)  
CHF

**Autres prestations d'assurances** La personne assurée perçoit-elle déjà ou a-t-elle 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 / de l'assurance-chômage ou d'une assurance privée?

Oui  Non

**Veillez nous faire parvenir une copie des décisions / décomptes correspondants.**

Assurance indemnités journalières en cas de maladie, adresse de contact

Assurance-accidents obligatoire LAA, adresse de contact

Assurance-invalidité, office AI compétent

Assurance militaire / assurance-chômage, adresse de contact

Assurance privée, adresse de contact

**Protection des données** Vous trouverez de plus amples informations, y compris sur d'autres utilisations et destinataires de vos données et sur vos droits dans notre déclaration relative à la protection des données sur [allianz.ch/protection-des-donnees](http://allianz.ch/protection-des-donnees).



<b>Signature</b>	Lieu et date	Cachet et signature de l'employeur
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 sur une période de 90 jours (dès la 1<sup>re</sup> incapacité de travail).

## Procuration / Informations sur la personne assurée

Numéro du cas de prestation	Nom de la société	N° AVS
-----------------------------	-------------------	--------

<b>Procuration / Déclaration de consentement</b>	Nom	Prénom

<b>Médecins traitants pour la présente affection</b>	Nom, adresse
	Nom, adresse

**Objet** L'institution de prévoyance (ci-après IP) et Allianz Suisse Société d'Assurances sur la Vie SA (ci-après Allianz Suisse Vie) en tant qu'auxiliaire de cette IP sont en droit d'obtenir, de traiter et de transmettre, dans le cadre de la présente annonce, 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 celles 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 détection de fraudes à l'assurance et la prévention de l'octroi de prestations non justifiées ainsi que le traitement de cas de prestations avec des réassureurs et coassureurs. Pour l'exécution de ces tâches, il peut être fait appel à des tiers, qui sont tenus de traiter les données comme le feraient l'IP et Allianz Suisse Vie et qui sont soumis à la même obligation légale et contractuelle de garder le secret que l'IP et Allianz Suisse Vie.

**Acquisition des données** La personne assurée autorise l'IP et Allianz Suisse Vie à obtenir auprès des organismes d'assurance de droit public et privé, tels que caisses de chômage, caisses-maladie, assureurs privés d'indemnités journalières, assureurs-accidents, offices AI, institutions de prévoyance, assurance militaire, et auprès des médecins et d'autres fournisseurs de services médicaux, tels qu'hôpitaux et établissements de cure, 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 rapports et expertises d'ordre médical).

**Communication des données et consultation des dossiers** 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 l'ensemble des données concernant la personne assurée, y compris les données sensibles et les profils de personnalité, ainsi que d'octroyer la consultation des dossiers, 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.

**Transfert des données / droit de consultation des propres dossiers** La personne assurée autorise par ailleurs l'IP et Allianz Suisse Vie à transmettre à l'office AI compétent l'ensemble des documents relatifs à l'incapacité de travail et à son évolution, 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 Management 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.

**Libération de l'obligation de garder le secret** 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. De même, la personne assurée libère sans réserve l'ensemble des assurances de droit social et de droit privé de toute obligation légale et contractuelle de garder le secret à l'égard de l'IP et d'Allianz Suisse Vie.

**Protection des données** Vous trouverez de plus amples informations, y compris sur d'autres utilisations et destinataires de vos données et sur vos droits dans notre déclaration relative à la protection des données sur [allianz.ch/protection-des-donnees](http://allianz.ch/protection-des-donnees).



<b>Signature</b>	Lieu et date	Signature de la personne assurée ou du représentant légal / juridique