

Annonce d'incapacité de travail

Employeur Lieu/Canton
N° d'entreprise Plan
Délai d'attente Catégorie
 indépendant employé

Identité de la personne assurée

Nom Prénom
Rue/N° NPA/Lieu
Date de naissance N° d'ass. sociale
Téléphone (pendant la journée) E-mail

Sexe

féminin masculin

Langue

allemand français italien

Etat civil

célibataire marié(e) depuis divorcé(e) depuis veuf/veuve
 partenariat enregistré depuis
 partenariat dissous judiciairement depuis par décès

Début de l'assurance Date d'entrée dans l'entreprise

Salaire annuel AVS (inclus le 13ème mois) CHF

(Taux d'occupation en % (avant l'incapacité de travail))

Vous êtes-vous annoncé à l'AI/AA/AM ou auprès d'autres sociétés d'assurance ?

Oui No

Auprès de ? (si oui, joindre les copies/décomptes) Nom

Rue/N° NPA/Lieu

Début de l'incapacité de travail Date

Raison de l'incapacité de travail Maladie Accident Accident avec tierce personne

En cas d'accident (société/contact/N° de référence)

Précisions sur l'atteinte à la santé

Depuis quand l'atteinte à la santé existe-t-elle ?

Pourcent et durée de l'incapacité de travail (joindre les certificats médicaux) du au %

du au %

du au %

Nom du médecin traitant Nom/Prénom

Rue/N° NPA/Lieu

Employeur Lieu/Canton

N° d'entreprise Plan

indépendant employé

Personne assurée

Nom Prénom

Date de naissance N° d'ass. sociale

**Existe-t-il d'autres avoires de libre passage
ou êtes-vous aussi assuré auprès d'une autre
institution de prévoyance ?**

Oui Non

Auprès de ? (si oui, joindre les copies/décomptes)

Nom

Rue/N°

NPA/Lieu

La libération du paiement des cotisations en cas d'invalidité s'applique à toutes les primes dues par la personne assurée. La libération du paiement des cotisations prend effet après un délai d'attente de 6 mois. Elle est accordée en cas d'incapacité de travail temporaire ou durable d'au moins 40%. Les cotisations sont dues par l'employeur jusqu'à la libération des cotisations. La convention d'adhésion et le règlement de prévoyance font foi et règlent les détails.

Procuration

Autorisation pour une expertise servant à déterminer les droits à des prestations assurées et à une rente d'invalidité

La personne assurée délègue expressément les médecins traitants du secret professionnel (y compris en ce qui concerne les informations relatives à ses maladies antérieures) et autorise Medpension à prendre connaissance des dossiers de toutes les institutions sociales, et autres assurances impliquées (y c. assurances responsabilité civile), pour la constitution du dossier médical et l'établissement de rapports médicaux, d'attestations médicales et/ou de rapports de police liés à la raison de l'incapacité de travail/incapacité de gain.

Par ailleurs, elle autorise la Fondation à consulter ses dossiers personnels et à en fournir une copie ainsi que de les utiliser ultérieurement pour l'établissement de rapports médicaux et d'attestations médicales. Elle prend connaissance de la législation relative à l'assurance sociale, selon laquelle les assureurs s'engagent à s'autoriser mutuellement à consulter les dossiers respectifs.

La personne assurée atteste que les données renseignées sont complètes et véridiques.

Lieu/Date

Signature de la personne assurée

.....

Remarques

.....

Veillez svp joindre les documents suivants (copies si existente)

- Rapport médical contenant anamnèse, diagnostic et pronostic de la maladie ou de l'accident
- Certificats médicaux
- Tous les décomptes d'indemnités journalières maladie ou accident, ainsi que l'adresse complète de l'assureur compétent
- Copie de l'annonce AI auprès de l'office AI compétent
- Attestation concernant les revenus provenant d'une activité lucrative tierce
- Extrait de compte individuel (CI) et carte AVS
- Accord éventuel sur les prestations avec l'assurance responsabilité civile ou la personne responsable du dommage
- Copie de la déclaration d'accident AA ou AM
- Copie de la décision AI/AA/AM/autres sociétés d'assurances

La personne assurée a compris les questions susmentionnées. Elle atteste que les données sont complètes et véridiques et prend connaissance du fait que, en cas de données incorrectes ou incomplètes, Medpension peut, dans le cadre des dispositions légales, réduire, voire refuser les prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommages et intérêts.

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14