

## Déclaration d'incapacité de travail pour les travailleurs Indépendants

Dossier n°:

|   |   |  |
|---|---|--|
| Nom Prénom :  | Date de naissance :   | N° AVS (13 chiffres) :   |
| Rue :   | Nationalité :<br>Permis de séjour   | Assujetti à l'impôt à la source ?<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| NPA Domicile :  | No tél. :   | Email :  |
| <b>2. Données professionnelles</b>  | Activité professionnelle habituelle:<br><input type="checkbox"/> Salarié (1) <input type="checkbox"/> Indépendant (2) <input type="checkbox"/> Chômeur (3) <input type="checkbox"/> Sans activité lucrative<br>Salaire conventionnel : _____ Contrat n° : _____<br>Activité professionnelle habituelle : _____  |  |
| <b>3. Période de l'incapacité</b>   | Incapacité de travail du _____ au _____ à _____ %<br>du _____ au _____ à _____ %<br>du _____ au _____ à _____ %<br>Reprise totale du travail le: _____<br>ou durée prévisible de l'incapacité en jours: _____   |  |
| <b>4. Cause de l'incapacité</b>   | <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> maternité, terme prévu: _____<br>Genre de maladie / blessure: _____<br>S'agit-il d'une rechute d'une précédente période d'incapacité? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, celle du: _____   |  |
| <b>5. Limitations</b>   | Description détaillée des activités professionnelles que vous ne pouvez plus réaliser actuellement :<br>_____   |  |
| <b>6. Suivi médical</b>   | Nom et adresse de votre médecin-traitant : _____<br>Date de la 1 <sup>ère</sup> consultation : _____ Date de la prochaine consultation: _____<br>Si hospitalisation, où ? _____ quand ? _____<br>Si opération, où ? _____ quand ? _____<br>Autres médecins consultés : _____  |  |
| <b>7. Autres prestations d'assurances</b>   | Vous êtes-vous déjà annoncé à l'AI ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, auprès de l'Office AI du canton de : _____<br>Dans la négative, envisagez-vous de le faire prochainement ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui<br>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 :<br><input type="checkbox"/> AI / AVS <input type="checkbox"/> SUVA ou autre assureur LAA <input type="checkbox"/> assurance personnelle/privée <input type="checkbox"/> Assurance chômage<br><input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assurance militaire <input type="checkbox"/> autre : _____<br>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) |  |
| 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>Autorisation :</b><br>La personne assurée autorise l'assurance perte de gain maladie à traiter les données nécessaires à la détermination de son droit aux prestations dans le cadre du règlement du sinistre annoncé, jusqu'à révocation de la présente procuration. Elle autorise l'assureur à requérir, en Suisse comme à l'étranger, une copie des documents et informations utiles contenues dans le dossier de la personne assurée, auprès en particulier des assureurs sociaux ou privés, des médecins, hôpitaux et autres fournisseurs de soins, des autorités et services communaux, cantonaux et fédéraux, des autres tiers concernés (p.ex. employeur); elle délègue expressément ces derniers du secret professionnel et médical en rapport avec les informations relatives à l'événement survenu ou ayant une influence sur l'incapacité de travail. Elle autorise également l'assureur perte de gain maladie à mandater, si nécessaire, une société spécialisée ou des experts médicaux domiciliés en Suisse ou à l'étranger pour obtenir directement les renseignements complémentaires indispensables au règlement des sinistres. A cette fin, l'assureur a le droit de transmettre les données personnelles nécessaires. La personne assurée autorise l'assureur perte de gain maladie à transmettre les données utiles à son employeur, à l'office AI compétent, à la caisse de pension ou aux assureurs sociaux et privés concernés, afin notamment d'augmenter ses chances de réinsertion dans la vie professionnelle, par exemple dans le cadre de la détection précoce selon la Loi sur l'Assurance Invalidité. Elle autorise enfin l'assureur perte de gain maladie à obtenir le remboursement d'une éventuelle sur indemnisation ou de ses avances directement auprès d'un autre assureur privé ou social (LAI, LAA, LAM ou LPP), ainsi qu'à faire recours contre ces assureurs. |   |  |

Lieu et date :

Signature :