

DECLARATION D'UNE INCAPACITE DE GAIN

Profmed

Entreprise :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

Nom et prénom : Date de naissance :

E-mail : Téléphone :

Adresse :

Quelle compagnie est votre :

- assureur pour perte de gain maladie :
(nom et adresse)

- assureur-accidents (LAA) :
(nom et adresse)

et joindre les décomptes d'indemnités journalières.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INCAPACITE DE GAIN ET LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Cause de l'incapacité de gain : maladie accident

Degré et durée : % du au

..... % du au

..... % du au

Médecin traitant :
(nom et adresse)

et joindre les certificats médicaux.

Situation professionnelle :

- activité professionnelle exercée avant le début de l'incapacité de gain ?

- la personne assurée pourra-t-elle reprendre la même activité professionnelle ? oui non

- le contrat de travail est-il ou sera-t-il résilié ? oui non Si oui, quand ?

DECLARATION DE L'ASSURE(E) CONCERNANT LA DISPENSE DE L'OBLIGATION DU SECRET MEDICAL

Je soussigné(e) libère les médecins, les hôpitaux et autres établissements stationnaires (p. ex. foyers pour personnes âgées, médicalisés ou non), l'employeur, les bureaux officiels et autorités (p. ex. Office des affaires sociales, services sociaux), l'assurance invalidité (AI)/ assurance-vieillesse et survivants (AVS), les assurances sur la vie, les assurances-accidents obligatoires ou privées, les caisses de chômage, tout autre assureur privé impliqué (p. ex. assurance indemnité journalière en cas de maladie) et leurs employés de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer des informations à la Fondation de prévoyance PROFMED, son réassureur et ses mandataires, à consulter leurs dossiers et à transmettre des copies de documents. La Fondation de prévoyance PROFMED s'engage à traiter les informations et les documents reçus conformément à la loi sur la protection des données.

La personne soussignée autorise de plus la Fondation de prévoyance PROFMED à transmettre des informations et/ ou documents à l'assurance invalidité, l'assurance-accidents obligatoire ou privée à tout autre responsable civil ou à son assureur RC (pour motiver les recours).

Lieu, date : Signature de l'assuré(e) :

LES PERSONNES SOUSSIGNEES ATTESTENT, SUR L'HONNEUR, L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS

Lieu, date : Timbre, signature de l'employeur :