

# Déclaration d'incapacité de travail

(Merci de remettre le formulaire au terme du délai d'attente réglementaire)

## Assurance collective

Partenaire contractuel GEMINI Fondation collective 1e  
Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_  
Personne de contact: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Personne assurée

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Rue, n°: \_\_\_\_\_ NPA, domicile: \_\_\_\_\_  
Date de naissance, sexe \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  masculin  féminin  
Numéro d'assurance sociale 756. \_\_\_\_\_ Langue de  fr  it  en   
Etat civil célibataire  marié/e  divorcé/e  veuf/veuve   
partenariat enregistré  partenariat dissous   
Mineurs ou enfants en formation?  
Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Incapacité de travail

Début de l'incapacité de travail \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ % jusqu'au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ % jusqu'au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Cause  maladie  accident  maternité  
Atteintes à la santé \_\_\_\_\_

## Médecin traitant

Nom, prénom, spécialité \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Assureurs

Affiliation auprès de  assurance d'indemnités journalières en cas de maladie  
 assurance-accidents  assurance-invalidité féd.  assurance militaire féd.

Nom de la/des société(s) 1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

Les rapports de travail ont-ils pris fin?  oui  non Si oui, à quelle date: \_\_\_\_\_

En cas de résiliation du contrat de travail, merci de joindre la déclaration de sortie. Elle est disponible en ligne, sous Service clientèle / Formulaires.

---

## Documents

Nous vous prions de faire parvenir les formulaires suivants à GEMINI Fondation collective 1e dans les plus brefs délais:

- Décomptes (copies) des indemnités journalières maladie / accident à compter du début des prestations (obligatoire).** Par ailleurs, assurez-vous que les décomptes ultérieurs soient mis à disposition de GEMINI Fondation collective 1e spontanément et au fur et à mesure.
- certificat médical**

GEMINI Fondation collective 1e et Bâloise Vie SA traiteront le sinistre dès que les documents mentionnés lui auront été remis dans leur intégralité.

---

## Remarques

---

## Employeur / institution de prévoyance

---

Lieu et date

Sceau et signature

---

## Procuration

La personne assurée autorise GEMINI Fondation collective 1e et Bâloise Vie SA à traiter les données nécessaires au règlement du sinistre déclaré en vue de l'évaluation des prestations de risque. Si nécessaire, les données seront transmises pour traitement à des tiers concernés, en particulier à des coassureurs, réassureurs ou autres assureurs ainsi qu'au case manager.

La personne assurée autorise les personnes exerçant une profession médicale et leurs auxiliaires à communiquer à GEMINI Fondation collective 1e et Bâloise Vie SA, à leur demande, les données nécessaires au règlement du présent sinistre et délègue expressément ces personnes de l'obligation de garder le secret.

GEMINI Fondation collective 1e et Bâloise Vie SA sont en outre habilitées à demander des renseignements aux employeurs, offices, notamment offices AI, institutions de prévoyance professionnelle, caisses maladie, assureurs LAA, caisses de chômage et autres assurances sociales ou privées concernées ainsi qu'au case manager. Elles ont également le droit de consulter le dossier. L'assureur qui accorde l'accès au dossier est autorisé à remettre à GEMINI Fondation collective 1e et Bâloise Vie SA des copies des documents pertinents pour le règlement du sinistre déclaré sans qu'une nouvelle demande soit nécessaire.

La personne assurée autorise GEMINI Fondation collective 1e et Bâloise Vie SA à transmettre des données à l'office AI compétent, à la caisse de pension compétente ou à d'autres assureurs sociaux ou privés concernés. En outre, en cas de recours contre des tiers responsables respectivement contre les assureurs de responsabilité civile de ces tiers, la personne assurée autorise GEMINI Fondation collective 1e et Bâloise Vie SA à communiquer aux entités précitées les données nécessaires à l'exécution de la prétention récursoire.

La procuration de la personne assurée est valable indépendamment du versement d'une prestation.

GEMINI Fondation collective 1e et Bâloise Vie SA s'engagent à traiter les informations obtenues conformément aux prescriptions sur la protection des données et à observer une obligation de diligence accrue dans la gestion des données personnelles.

---

## Déclaration

La personne assurée atteste l'exactitude et l'exhaustivité des indications données dans le présent formulaire.

---

Lieu et date

Signature de la personne assurée

---

Adresse postale      Confidentiel, GEMINI Fondation collective 1e, c/o Avadis Prévoyance SA, Zollstrasse 42, Case postale 1077, 8005 Zurich

Téléphone              Pour toute question, le service des prestations est à votre disposition au numéro de téléphone 058 585 21 03