

simple. clair. helvetia.
Votre assureur suisse

Adresse postale
Helvetia Assurances
Case postale 99
8010 Zurich

Incapacité de travail ou de gain (partie Salarié)

Employeur

Entreprise

Contrat n°

Salarié

Police n°

Données personnelles

- Madame
 Monsieur

Prénom

Nom

Rue

N°

Code postal

Lieu

Pays

Date de naissance

État civil

Courriel

Téléphone

Incapacité de travail/de gain

Quel type d'incapacité de travail ou de gain souhaitez-vous annoncer?

- Première annonce
 Rechute

Une demande de prestations a-t-elle été déposée auprès de l'assurance-invalidité?

- Oui
 Non

Quelle est l'origine de l'incapacité de travail ou de gain?

- par maladie
 par accident (maladies professionnelles incluses)

En cas de maladie

De quoi souffrez-vous?

Depuis quand avez-vous des troubles?

Avez-vous déjà été soigné précédemment pour la même maladie?

- Oui
 Non

Quand?

Par quel médecin?

En cas d'accident

Quand l'accident a-t-il eu lieu?

Où l'accident a-t-il eu lieu?

Décrivez les circonstances de l'accident (personnes, objets, véhicules impliqués inclus)

Quelles blessures avez-vous subies lors de l'accident?

Existe-t-il un tiers responsable civil?

- Oui
 Non

Existe-t-il un rapport de police?

- Oui
 Non

Remarque: Veuillez joindre les documents établis par le ou les assureurs-accidents (décisions, dispositions prises, attestations). Vous pouvez joindre les documents sous forme de fichier à la fin de ce formulaire.

Traitement médical

Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois?

Informations sur le médecin

Prénom

Nom

Rue

N°

NPA

Lieu

Je suis actuellement en traitement ou suivi chez ce médecin

Avez-vous consulté ou appelé d'autres médecins par la suite?

Oui

Non

Informations sur d'autres médecins

Quand?

Prénom

Nom

Rue

N°

NPA

Lieu

Je suis actuellement en traitement ou suivi chez ce médecin

Quand?

Prénom

Nom

Rue

N°

NPA

Lieu

Je suis actuellement en traitement ou suivi chez ce médecin

Enfants à charge

Avez-vous des enfants à charge ayant droit aux prestations?

Oui

Non

Prénom

Nom

Date de naissance

Prénom

Nom

Date de naissance

Prénom

Nom

Date de naissance

Prénom

Nom

Date de naissance

Prénom

Nom

Date de naissance

Remarque: veuillez fournir une photocopie du livret de famille. Pour les enfants en formation ayant passé l'âge limite défini dans le règlement et/ou le contrat d'assurance, nous avons en outre besoin de l'attestation de leur établissement scolaire. Vous pouvez joindre les documents sous forme de fichier à la fin de ce formulaire.

Procuration

Selon le règlement de votre institution de prévoyance resp. de votre fondation autonome/semi-autonome, Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA (ci-après «Helvetia») assure la direction des affaires de l'institution de prévoyance et/ou est mandatée pour la gestion et le traitement des cas de prestations de la fondation autonome/semi-autonome.

En signant cette procuration, vous autorisez l'institution de prévoyance à transmettre à Helvetia vos données personnelles, y compris vos données personnelles sensibles. De même, vous autorisez Helvetia à traiter les données nécessaires à la clarification de votre droit aux prestations et au règlement du cas de prestation annoncé.

Vous autorisez en outre Helvetia à vérifier vos droits éventuels à des prestations, conformément aux dispositions de la loi sur le contrat d'assurance, au moyen des données reçues, et à coordonner, le cas échéant, les cas de prestation de l'institution de prévoyance et d'Helvetia.

La présente procuration autorise en outre expressément Helvetia à se procurer les renseignements et données utiles auprès de tous les assureurs de droit public ou privé impliqués dans le cas de prestation (compagnies d'assurances et institutions d'assurance, telles que l'assurance-invalidité fédérale, l'assurance-accidents suisse, l'assurance militaire fédérale, les compagnies d'assurance-accidents et maladie, les assureurs d'indemnités journalières, les coassureurs et réassureurs, les institutions de prévoyance, etc.), auprès des médecins traitants, des autres prestataires de services médicaux, hôpitaux, établissements de soins, employeurs, autorités et administrations publiques telles que les offices de la population et services d'enquête, les offices des poursuites, l'administration fiscale, etc. (ci-après les «tiers»), ainsi qu'à consulter et obtenir tous les dossiers pertinents (de nature médicale, professionnelle, financière ou juridique, tels que les expertises médicales ou les rapports du service d'orientation professionnelle).

Vous autorisez ces tiers à communiquer à Helvetia, à savoir à son service médical, sur demande, les données requises pour l'examen et le règlement du cas de prestation et tous les dossiers utiles, déliant ainsi expressément ces tiers de leurs obligations légales et contractuelles de discrétion et de secret professionnel.

Les tiers autorisés à fournir des renseignements sont habilités à communiquer à Helvetia, sans nouvelle demande, l'ensemble des données et documents pertinents pour le cas de prestation annoncé.

Enfin, vous autorisez Helvetia à transmettre aux tiers impliqués en Suisse comme à l'étranger toutes les informations requises pour le traitement du cas de prestation annoncé, y compris les données personnelles sensibles, ainsi qu'à les transmettre à l'expert en prévoyance professionnelle ou à l'organe de révision en vertu d'une obligation légale.

En l'absence de la présente procuration, Helvetia n'est pas en mesure de procéder aux investigations nécessaires, et donc de déterminer assez précisément le degré d'incapacité de travail ou de gain, ce qui peut se traduire par un refus d'allouer la prestation d'assurance. Votre autorisation est accordée indépendamment d'une obligation de verser les prestations de la part de votre institution de prévoyance.

Prénom	Nom	Date de naissance
_____	_____	_____
Contrat n°	Police n°	
_____	_____	

Autres remarques

Par votre signature, vous certifiez que tous les renseignements communiqués sont exacts et accordez la procuration susmentionnée dans sa totalité.

Lieu et date

Signature de la personne assurée ou de son représentant
légal

Protection des données

Toutes les données à caractère personnel sont traitées conformément à la législation en vigueur.
Dans la prévoyance professionnelle obligatoire, les dispositions relatives à la protection des données de la LPP s'appliquent (art. 85a ss LPP). Les dispositions de la LPD s'appliquent en complément. C'est la LPD qui s'applique à la prévoyance professionnelle uniquement surobligatoire (vous trouverez des informations à ce sujet, comme l'identité et les coordonnées des responsables, les finalités du traitement, etc. sur www.helvetia.ch/protectiondesdonnees).