

Déclaration d'une incapacité de gain

Numéro de contrat	
Preneur d'assurance	
Numéro d'assuré	

1. Données personnelles

Nom et adresse	
Date de naissance	
Votre téléphone	
Votre e-mail	
Assureur maladie (nom et adresse)	
Assureur d'indemnités journalières en cas de maladie (nom, adresse)	
Assureur-accidents (nom, adresse)	

2. Incapacité de gain et situation professionnelle

Cause de l'incapacité de gain				<input type="radio"/> Maladie		<input type="radio"/> Accident	
Degré et durée	à	%	du		au		
	à	%	du		au		
Nom et adresse du médecin traitant							

3. Libération de l'obligation du secret médical

Le/la soussigné(e) autorise la Bâloise Vie SA à traiter, coordonner et échanger ses données personnelles pour l'examen de son cas d'assurance.

La Bâloise Vie SA peuvent notamment:

- transmettre des données à des tiers concernés (fournisseurs de prestations médicales, assureurs sociaux et privés, institutions de prévoyance, autorités, case manager) pour le traitement de données;
- se procurer toute information utile auprès des fournisseurs de prestations médicales (médecins, chiropraticiens, psychologues, personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat d'un médecin, laboratoires, hôpitaux, cliniques de réadaptation, institutions de soins semi-stationnaires ou ambulatoires, établissements médico-sociaux), des assureurs sociaux (AVS, AI, LAA, LAMal, assurance militaire, assurance-chômage) et privés, des institutions de prévoyance, des autorités, des employeurs ainsi que de toute autre personne susceptible de fournir des renseignements, et consulter leurs dossiers.

Le/la soussigné(e) autorise les personnes et institutions concernées et la Bâloise Vie SA à transmettre, sur demande, les données nécessaires à l'examen et au traitement du cas d'assurance. Il/elle les libère à cet effet de leur obligation de confidentialité.

Lieu, date

Signature de la personne assurée

4. Signature (confirme l'exactitude des données fournies)

Lieu, date

Timbre et signature de l'employeur /
de la fondation
