

## Rapport de la personne assurée concernant l'incapacité de travail / de gain

Numéro d'assuré	
Numéro de cas	

### 1. Données personnelles

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

### 2. À remplir en cas de maladie

Désignation de la maladie		
Depuis quand êtes-vous souffrant(e)?		
Avez-vous déjà souffert de cette maladie auparavant?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Si oui, depuis quand?		

### 3. À remplir en cas d'accident

Date, heure et lieu de l'accident	
Cause et circonstances?	
Qui est responsable de l'accident? Veuillez préciser le nom, l'adresse et	

l'assurance responsabilité civile.

Existe-t-il un rapport de police?

Oui

Non

Si oui, auprès de quel poste de police?

Nature de votre blessure

Nature de votre atteinte physique

#### 4. À remplir dans tous les cas

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

heure

Nom (service) et adresse

Chez quel médecin êtes-vous actuellement en traitement ou sous contrôle?

Nom (service) et adresse

Autres médecins consultés?

Nom (service) et adresse

Maladies et accidents survenus au cours des 5 dernières années:

Désignation

Date

Nom et adresse du médecin

#### 5. Activité exercée immédiatement avant le début de l'incapacité de travail / gain

Activité / branche

Position hiérarchique

Début du contrat de travail

Engagement en %

Le contrat de travail a-t-il été résilié?

Oui

Non

Si oui, à quelle date?

De quelle manière votre activité professionnelle est-elle limitée?

Où êtes-vous soigné(e)?

Nom (service) et adresse

Avant cette maladie ou cet accident, étiez-vous en incapacité de

Oui

Non

.....  
travail / de gain totale?  
.....

Si non,

durée du au

degré en %

durée du au

degré en %

## 6. Questions relatives à l'assurance

.....  
Êtes-vous assuré(e) contre les accidents?  
.....

Oui

Non

Si oui, auprès de quel assureur?  
.....

.....  
Êtes-vous assuré(e) contre les maladies?  
.....

Oui

Non

Si oui, auprès de quel assureur?  
.....

.....  
Avez-vous d'autres assurances vie?  
.....

Oui

Non

Si oui, auprès de quel assureur?  
.....

.....  
Êtes-vous déclaré(e) auprès de

.....  
Prière de joindre une copie des documents (décision d'indemnité  
journalière, décision, etc.).

l'assureur-accidents  
(LAA)

l'assurance-invalidité (AI)

l'assurance militaire  
(AM)

l'assurance chômage  
(AC)

.....  
Percevez-vous déjà des prestations?  
.....

Oui

Non

Si oui,

depuis quand?

quel montant par jour?  
.....

.....  
Une réinsertion professionnelle est-elle envisagée?  
.....

Oui

Non

Si oui,

à partir de quand?

jusqu'à quand?  
.....

.....  
Est-il probable que vous repreniez une activité?  
.....

Oui

Non

Si oui,

quand?

à quel %?  
.....

.....  
Percevez-vous actuellement un revenu provenant d'une activité  
lucrative?  
.....

Oui

Non

Si oui,

de quelle activité s'agit-il?

à quel %?

pour quel montant mensuel?  
.....

.....  
Chez quel employeur êtes-vous embauché(e)?  
.....

Nom et adresse

---

**7. Adresse de paiement souhaitée**

---

IBAN

---

Titolare del conto

---

Indirizzo titolare del conto

---

Si tratta di un conto all'estero? In tal caso occorre compilare anche le seguenti righe.

Nel caso di un conto estero l'IBAN **non** inizia con "CH".

---

BIC

---

Nome della banca e indirizzo

---

---

**8. Remarques**

---

---

**9. 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

---