

Rapport de la personne assurée concernant votre incapacité de travail/gain

Personne assurée	Assurance no.
née le profession
Rue	Contrat no.
N° postal/lieu tél.

A. A remplir en cas de maladie

- Désignation de la maladie?
- Depuis quand êtes-vous souffrant?
- Avez-vous déjà souffert antérieurement de cette maladie? Non Si oui, quand?

B A remplir en cas d'accident

- Date de l'accident, Lieu? Le heure lieu
 - Cause et circonstances?
 - Qui est responsable de l'accident? Nom
 - Adresse
 - Assureur Responsabilité civile
 - Existe-t-il un rapport de police? Non Si oui, commissariat de police concerné?
- Nature de vos blessures?
 - Nature de l'entrave corporelle?

C A remplir en tous les cas

- Quand avez-vous consulté pour la première fois un médecin ou un hôpital? le heure
 - Nom, (service hospitalier)
 - Adresse
 - Chez quel médecin êtes-vous actuellement en traitement ou sous contrôle? Nom
 - Adresse
 - Autres médecins consultés pour cette maladie ou ces blessures Nom
 - Adresse
 - Maladies et accidents survenus au cours des 5 dernières années?

Désignation?	Date?	Nom	adresse des médecins
.....
.....
.....

- Activité exercée immédiatement avant le début de l'incapacité de travail / gain?
 - Activité / branche?
 - Position hiérarchique?
 - Depuis quand êtes-vous dans l'entreprise? Engagement en %
 - Est-ce que le contrat de travail est résilié? Non Si oui, à quelle date?

- De quelle manière votre activité professionnelle est-elle limitée?
 - Où êtes-vous soigné? Nom
 - Adresse

c) Etiez-vous, immédiatement avant cette maladie ou accident complètement apte au / travail/capable de gagner votre vie? Oui Non, degré et durée de votre incapacité de travail / gain?
à% du au
à% du au

4. a) Etes-vous assuré contre les accidents? Non Oui: quel assureur?
les maladies? Non Oui: quel assureur?

b) Possédez-vous d'autres assurances sur la vie? Non Oui: quel assureur?

c) Etes-vous annoncé à
l'assurance d'accident (LAA)? Non Oui
l'assurance d'invalidité (AI)? Non Oui
l'assurance de militaire (AMF)? Non Oui
l'assurance chômage (LACI)? Non Oui

Prière de joindre les documents y relatifs s.v.p. (décision d'indemnité journalière ou de rente, etc.).

d) Touchez-vous déjà des prestations? Non Oui, depuis quand?
Montant journalier

e) Est-ce qu'une réadaptation professionnelle est envisagée? Non Oui, quand?
Quelle durée?

f) Reprenez-vous probablement une activité? Non Oui, quand?
à quel %?

g) Exercez-vous une activité lucrative actuellement? Non Oui, laquelle? Chez quel employeur?
à quel %? Salaire mensuel? CHF

Chez quel employeur? Nom
Adresse

5. Références bancaires ou CCP?
 CCP no
au nom de
 IBAN
au nom de
Nom et Adresse de la banque

6. Remarques particulières
.....
.....
.....

Déclaration de l'assuré(e) concernant la dispense de l'obligation du secret médical

Je soussigné(e),
autorise, par la présente la Bâloise Vie SA ou ses mandataires, à demander tous les renseignements jugés nécessaires à l'appréciation de mon état de santé passé, présent et à venir auprès des hôpitaux, des médecins, du personnel médical et des autorités, en particulier auprès des assureurs vie, maladie et accident, de l'assurance fédérale invalidité, de l'assurance fédérale militaire et de l'assurance fédérale accidents. A ce titre, je délègue du secret professionnel les personnes et les institutions susmentionnées et les autorise à donner, à la Bâloise Vie SA ou à ses mandataires, tous les renseignements désirés, sans réserve.

Lieu, Date

Signature de la personne assurée

.....