

# Annnonce d'un cas d'incapacité de travail

Entreprise n°  
Contrat n° /

|                         |                       |        |                                     |  |
|-------------------------|-----------------------|--------|-------------------------------------|--|
| <b>Personne assurée</b> | Nom                   | Prénom | Numéro AVS                          |  |
|                         | Rue, NPA et localité  |        | Date de naissance                   | Sexe   |
|                         | Etat civil            |        | Nombre d'enfants de moins de 18 ans | Nombre d'enfants de moins de 25 ans en formation |
| Joignable               | Adresse e-mail privée |        | N° de téléphone                     |  |

|                  |  |                                      |   |
|------------------|--|--------------------------------------|---|
| <b>Événement</b> | Incapacité de gain à la suite de   | depuis le                            | (date de la première incapacité de gain provoquée par la même cause)        |
|                  | <input type="checkbox"/> maladie   | <input type="checkbox"/> accident    |   |
|                  | Versement du salaire par l'entreprise jusqu'au   | Déduction des contributions jusqu'au |   |
|                  | Assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie (à ne compléter qu'en cas de maladie) |                                      | Assurance-accidents obligatoire (LAA) (à ne compléter qu'en cas d'accident) |
|                  | <input type="checkbox"/> Compagnie d'assurances  |                                      | <input type="checkbox"/> Compagnie d'assurances                             |
|                  | <input type="checkbox"/> aucune  |                                      | <input type="checkbox"/> auprès de la SUVA (ancienne CNA)                   |

- Annexes** Veuillez joindre une copie de chacun des documents mentionnés ci-dessous:
- Certificat(s) médical/médicaux
  - Décomptes d'une indemnité journalière de l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie/ de l'assureur-accidents
  - Décision AI
  - Procuration signée par la personne assurée

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| <b>Médecin traitant</b> | Nom                  |
|                         | Rue, NPA et localité |

**Remarques**

|                  |      |  |
|------------------|------|--|
| <b>Signature</b> | Date | Cachet et signature de l'employeur ou de la personne assurée (intermittents et indépendants) |
|------------------|------|--|

A retourner à **Fondation de Prévoyance Film et Audiovision**  
c/o Allvisa Services AG  
case postale  
8027 Zurich

## Procuration et cession

Entreprise n°

Contrat n° /

Personne  
assurée

|                    |                           |                   |   |
|--------------------|---------------------------|-------------------|---|
| Nom                | Prénom                    | Numéro AVS        |   |
| Rue, NPA, localité |                           | Date de naissance | Sexe  |
|                    |                           |                   | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f |
| Métier appris      | Activité/fonction exercée | N° de téléphone   |   |

Afin de déterminer les droits, d'examiner les prétentions aux prestations de la personne assurée ou d'autres ayants droit et d'exercer un recours contre des tiers à l'égard desquels la personne assurée ou ses survivants pourraient, dans le cas d'espèce, faire valoir des prétentions en dommages-intérêts, le/la soussigné(e) autorise expressément AXA Vie SA

- à se procurer directement tous les renseignements et documents qui lui paraissent nécessaires en vue d'examiner le droit à des prestations et les prétentions récursoires auprès des caisses-maladie, des assureurs maladie et indemnités journalières en cas de maladie, des assureurs-accidents, des offices AI, des institutions de prévoyance, des assureurs vie, des assurances chômage, responsabilité civile et militaire, des médecins, des psychothérapeutes, des physiothérapeutes, des chiropracteurs ainsi qu'auprès des hôpitaux, des établissements de santé, des employeurs et d'autres personnes/institutions.

De ce fait, les médecins de même que les institutions et personnes précitées sont déliés sans réserve de l'observation du secret professionnel et/ou du devoir de discrétion imposé par la loi et la profession vis-à-vis d'AXA Vie SA.

- à demander et à transmettre à tout tiers, notamment à AXA Assurances SA, à d'autres assureurs intéressés ou à d'éventuels assureurs vie individuelle et à l'office AI compétent, les renseignements nécessaires au règlement du cas et à l'exercice des prétentions récursoires et en vue de la réinsertion dans la vie professionnelle.
- à ordonner une expertise pour son compte, auquel cas AXA Vie SA prend elle-même en charge les frais qui en résultent.

Pour autant que la personne assurée ou ses survivants puissent, en l'espèce, faire valoir des prétentions en dommages-intérêts à l'égard de tiers responsables du cas d'assurance, l'ensemble des prétentions sont, par la présente, cédées à l'institution de prévoyance tenue de fournir les prestations jusqu'à concurrence des prestations réglementaires.

Signature Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

A retourner à **Fondation de Prévoyance Film et Audiovision**  
**c/o Allvisa Services AG**  
**case postale**  
**8027 Zurich**