



## Annonce d'un cas d'invalidité

Employeur:

Membre n°:

### 1. Données personnelles de la personne assurée

Numéro d'assurance sociale

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, localité

### 2. Enfants

J'ai des enfants de moins de 18 ans  OUI  NON

J'ai des enfants de moins de 25 ans encore en formation  OUI  NON

J'ai des enfants invalides à raison de 70% au moins  OUI  NON

### 3. Autres assurances\* (\* Prière de joindre les décisions)

- Assurance-vieillesse et survivants fédérale (AVS)?  OUI  NON

- Assurance-accidents?  OUI  NON

- Assurance militaire fédérale (AM)?  OUI  NON

- Autres?\*  OUI  NON

\* Si OUI, laquelle / lesquelles?

L'invalidité est-elle le fait d'un tiers?  OUI  NON

### 4. Versement des prestations

Prière de joindre un bulletin de versement ou, à défaut, de remplir la partie ci-dessous.

Compte postal:  Compte bancaire:

Titulaire:

Banque:  Lieu:

N° de clearing:  N° IBAN:

**Sans avis contraire de votre part, la Caisse de pensions annoncera les prestations de rentes à l'Administration fédérale des contributions.**

## 5. Procuration et signature

Afin d'examiner les conditions d'octroi des prestations, de déterminer les prétentions 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, la personne soussignée autorise expressément la proparis et l'organe de gestion de la Caisse de pensions:

- à se procurer directement tous les renseignements et documents qui leur paraissent nécessaires en vue d'examiner le droit à des prestations et les prétentions récursoires auprès des caisses-maladie, des assureurs d'une indemnité journalière 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 du secret professionnel et / ou du devoir de discrétion imposé par la loi et la profession vis-à-vis de la proparis et de l'organe de gestion de la Caisse de pensions.

- à demander et à transmettre à tout tiers, à d'autres assureurs intéressés, à des réassureurs suisses ou étrangers ou à d'éventuels assureurs-vie (Vie individuelle) et à l'office AI compétent, les renseignements nécessaires au règlement du sinistre et à l'exercice des prétentions récursoires.

- à ordonner des expertises pour leur compte, auquel cas la Caisse de pensions en supporte les frais.

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 de l'événement assuré, 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.

Lieu, date

Signature de la personne assurée

En cas de tutelle:

Nom et adresse du représentant légal

Lieu, date

Signature du représentant légal

### Pièces à joindre au présent formulaire

- Copies de toutes les décisions de l'AI
- Copies de toutes les décisions de l'AI pour les enfants présentant une incapacité de gain et ayant dépassé l'âge de 18 ans
- Copies de toutes les décisions de la Suva, de l'assureur LAA ou de l'assurance militaire
- Livret de famille ou extrait du registre de l'état civil
- Copie du permis d'établissement
- Attestation de domicile pour les personnes domiciliées à l'étranger
- Attestation de formation pour les enfants n'ayant pas encore 25 ans révolus
- Copie du décompte final relatif à l'indemnité journalière en cas de maladie
- Déclaration d'impôt des années .....
- Décompte de l'assurance-chômage