

## Procuration

A remplir par la personne assurée

---

### Personne assurée

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ N° de téléphone mobile \_\_\_\_\_  
N° AS \_\_\_\_\_

---

### Déclaration de la personne assurée concernant la levée de l'obligation de garder le secret, etc.

J'autorise Profond à traiter toutes les données personnelles dont elle a besoin pour vérifier son obligation de prestation ainsi qu'un éventuel droit de recours contre des tiers. J'accepte que Profond se procure auprès de médecins, thérapeutes et hôpitaux, auprès d'assureurs accidents, responsabilité civile, maladie, indemnités journalières et vie, auprès de l'assurance-invalidité fédérale, de l'assurance militaire ou d'autres assurances, auprès des autorisés ou auprès des employeurs, les renseignements et documents nécessaires à l'évaluation de mon état de santé à l'origine de l'incapacité de travail ainsi qu'au traitement du recours. Ces informations comprennent notamment des données sur ma santé. Je délègue les personnes et institutions susmentionnées de leur secret professionnel et/ou de leur obligation de garder le secret et les autorise à fournir à Profond des renseignements en rapport avec la maladie / l'accident à l'origine de l'incapacité de travail et à mettre à sa disposition des documents.

J'autorise en outre Profond à transmettre des données personnelles et des documents à d'autres assurances et autorités si la transmission des informations est nécessaire pour la coordination avec les prestations d'autres assurances ou pour clarifier ou faire valoir un droit de recours contre un tiers.

J'accepte que Profond Care traite mes données personnelles afin d'examiner les mesures possibles pour empêcher la survenance d'une éventuelle invalidité. Les spécialistes de Profond Care se tiennent à ma disposition par téléphone pour répondre à mes questions sur la santé, la profession ou les assurances. Des case managers externes peuvent apporter leur soutien dans la recherche de solutions concernant les possibilités de traitement médical, la réinsertion professionnelle et la coordination des prestations. Je prends acte du fait qu'il n'existe aucun droit légal à la mise en œuvre d'un case management externe. Par la présente, j'autorise Profond Care à faire appel à des case managers externes et à leur communiquer les données personnelles nécessaires à l'examen visant à déterminer si un case management doit être effectué.

Cette autorisation peut être révoquée à tout moment par communication écrite à Profond.

---

Lieu, date

---

Signature de la personne assurée

---

Le/la signataire du présent document déclare que les informations fournies sont exactes.

### Déclaration de Profond

Profond déclare recueillir uniquement les informations liées à l'état de santé sur lequel est fondée l'incapacité de travail, uniquement si elles sont nécessaires et appropriées, et les utiliser uniquement pour :

- examiner ou ordonner d'éventuelles mesures visant à éviter la survenance d'une invalidité ou éventuellement
  - examiner une éventuelle obligation de prestation de Profond ou
  - imposer une éventuelle demande d'indemnisation.
-