

Déclaration d'incapacité de travail ou de gain

L'employeur, assisté de la personne à assurer, remplit le présent formulaire qui sera signé par les deux parties.

Informations générales

Employeur, adresse _____
Personne à contacter _____ Téléphone _____

Personne assurée

Nom: _____ N° personnel _____ Situation professionnelle:
Prénom: _____ N° d'AVS: _____ Indépendant/e
Rue, n°: _____ Date de naiss.: _____ Employé/e
NPA, lieu: _____

Données relatives à l'incapacité de travail

En incapacité de travail depuis : _____ Degré d'incapacité de travail : _____ %
Salaire versé jusqu'au: _____ Capacité résiduelle de travail : _____ %
Résiliation des rapports de travail au : _____ Revenu résiduel en CHF: _____
Assurance indemnité de maladie: Oui Non
Quelle est la cause de l'incapacité de travail ? Accident Maladie

Déclaration de l'incapacité de travail à d'autres assureurs

Veuillez nous faire parvenir au plus vite une copie de la déclaration d'incapacité de travail de la personne assurée à l'Assurance Invalidité fédérale, à l'Assurance Accidents et/ou à l'Assurance militaire. Par avance, merci.

Important

Veuillez nous faire parvenir les copies de vos certificats médicaux et les décomptes d'indemnités journalières de l'assurance accident et/ou maladie au fur et à mesure de leur réception. Dès que la personne assurée passera de l'assurance indemnités journalières collective à l'individuelle, veuillez à ce qu'elle continue de vous transmettre les décomptes utiles. Toutes les décisions de la Fondation de prévoyance doivent également être notifiées.

Confirmation / Procuration de la personne assurée

Par sa signature, la personne assurée confirme l'exactitude et l'exhaustivité de ses déclarations. Elle autorise la Fondation de prévoyance à requérir toutes les informations et tous les documents utiles à l'examen de l'accord de prestations auprès des médecins, thérapeutes, personnels soignants, hôpitaux, administrations publiques, services, assurances sociales, assurances privées et d'autres caisses de pension et, pour traiter les rapports de prévoyance, transmettre les informations nécessaires à une nouvelle caisse de pension ou à un nouvel assureur, coassureur ou réassureur. La personne assurée relève dans cette optique les personnes concernées ou les offices respectivement de leur secret professionnel, de leur devoir de discrétion.

Signatures

Lieu et date _____ Cachet et signature
de l'employeur _____
Lieu et date _____ Signature de la
personne à assurer _____