



Déclaration d'incapacité de travail (formulaire employeur)

Société _____ N° de contrat _____

Interlocuteur _____ Nr. tél. _____

Indications sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Rue/n° _____ NPA/Lieu _____

N° de tél. _____

Indications sur le rapport de travail

Degré d'occupation dans l'entreprise avant la survenue de l'incapacité de travail _____ %

Salaire annuel AVS de la personne assurée au début de l'incapacité de travail CHF _____

La personne assurée est-elle employée par plusieurs employeurs ? oui non

Si oui, par lesquels ? _____

Le rapport de travail est-il ou a-t-il été résilié ? oui non

Par qui ? _____

Pour quelle date ? _____

Pour quels motifs ? _____

Indications sur l'incapacité de travail (IT)

IT suite à une maladie un accident, y c. maladies professionnelles selon la LAA

Début de l'IT _____ Joindre copies des certificats médicaux (le cas échéant)

S'agit-il d'une rechute ? oui, première maladie du _____ au _____
 non

Degré et durée de l'incapacité de travail **Degré et durée de l'incapacité de travail**

Degré de l'IT _____ % du _____ au _____

Degré de l'IT _____ % du _____ au _____

Degré de l'IT _____ % du _____ au _____

Degré de l'IT _____ % du _____ au _____

Institutions d'assurance impliquées

Déclaration faite à l'assurance-invalidité fédérale? (Concerne une détection précoce) oui, le _____ non

Demande pour la perception des prestations:

Assurance coll. d'indemnité journalière de maladie le _____

Assurance-accident (LAA) le _____

Assurance-invalidité féd. le _____

Assurance militaire féd. le _____

Contact Assurance indemnité journalière de maladie/Assurance-accident:

Nom de l'assurance _____ Case postale _____

Numéro de police _____ Rue/n° _____

NPA/Lieu _____

Nous vous prions de vous transmettre des copies de décomptes d'indemnité journalière et/ou décisions **déjà disponibles et futurs.**

Remarques

Indications

Si une personne assurée est en incapacité de travailler pendant plus de 60 jours sur une période de 90 jours, à raison de 40 % au moins, elle doit être déclarée.

En même temps que la déclaration à Swisscanto Flex Fondation collective, veuillez inviter la personne assurée à s'inscrire auprès de l'assurance-invalidité fédérale (AI) pour détection précoce. Celle-ci vise à entrer en contact sans retard avec la personne assurée dont la capacité de travail est restreinte pour des raisons médicales et chez laquelle il existe le risque de maladie chronique. Les employeurs de la personne assurée sont autorisés à la déclarer. La déclaration peut aussi avoir lieu sans l'accord de la personne assurée pour autant qu'elle en ait été informée au préalable. Vous trouverez le formulaire de déclaration (001.100 – Formulaire de déclaration pour adultes: détection précoce) sur le site Internet www.ahv-iv.ch. La déclaration de détection précoce n'est pas considérée comme demande pour les prestations de l'AI.

Nous vous prions de faire parvenir les pages suivantes (formulaire personne assurée) à votre collaboratrice ou collaborateur en indiquant que le formulaire doit être directement soumis à Swisscanto Flex Fondation collective.

Lieu, date

Timbre et signature de l'entreprise

Veuillez envoyer ce formulaire dûment complété et signé avec annexes (certificats médicaux, décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident) par courrier à l'adresse suivante :

Swisscanto Flex Fondation Collective
des Banques Cantonales
Bureau
Case postale
8152 Glattbrugg

Déclaration d'incapacité de travail (formulaire personne assurée)

Employeur _____

Indications sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Rue/n° _____ NPA/Lieu _____

N° de tél. _____ Activité exercée _____

Profession apprise _____

Pour les employés à temps partiel: La charge de travail partielle est-elle due à des raisons médicales? oui non

Si oui, lesquelles? _____

Enfants

Avez-vous des enfants mineurs, ou des enfants majeurs suivant une formation ?

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'ass. sociale 756. _____

Veuillez joindre des attestations de formation pour les enfants majeurs.

Incapacité de travail

Début de l'incapacité de travail _____

Diagnostic(s) _____

Médecins traitants

Noms et adresses _____
(y c. les services _____
d'hôpitaux) _____

Veillez joindre les rapports médicaux, certificats médicaux, attestations d'accident et décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident déjà disponibles.

Organisme de paiement

Les rentes dues doivent être créditées à l'organisme de paiement suivant :

Coordonnées de paiement Poste Banque IBAN _____

Nom de la banque _____ Adresse _____

Remarques

Procuration

Le mandant autorise la mandataire Swisscanto Flex Fondation collective en rapport avec les clar ifications de droits aux prestations dans le cadre des assurances sociales et en particulier de la prévoyance professionnelle

concernant

le déliement du secret professionnel ou officiel ainsi que le droit à la consultation des dossiers

La personne soussignée autorise Swisscanto Flex Fondation collective et ses réassureurs à se procurer directement tous les dossiers et renseignements nécessaires à l'examen du droit aux prestations ; ce auprès de médecins, de prestataires de services médicaux, de services de médecin-conseil d'assurances privées et sociales, d'hôpitaux, de sanatoriums et d'institutions similaires lui paraissant nécessaires. Les médecins et les institutions susmentionnées sont donc déliés de l'obligation de confidentialité ou du secret professionnel envers Swisscanto Flex Fondation collective et ses réassureurs. La personne soussignée délie en outre les caisses-maladies, assureurs-maladie, assureurs d'indemnité journalière de maladie, assureurs-accidents, offices AI, institutions de prévoyance, administrations et autorités (p. ex. office social, service d'assistance et prévoyance sociales), assurances-vie, caisses de chômage et autres assureurs privés impliqués et leur personnel de leur obligation de secret, et les autorise à fournir des renseignements à Swisscanto Flex Fondation collective et à ses réassureurs, ainsi qu'à consulter ses dossiers et à leur remettre des copies des documents.

Transmission de dossiers personnels et fourniture de renseignements

La personne soussignée autorise Swisscanto Flex Fondation collective à transmettre des documents sur l'évolution de l'incapacité de travail et des dossiers pour examen des droits, en particulier des dossiers médicaux, à son réassureur, à ses médecins-conseils, à ses instances d'examen médicaux, aux organismes d'assurance (sociale), aux autres civilement responsables ou à leurs assureurs responsabilité civile (pour la justification de recours) et autorités, ainsi qu'à fournir des renseignements verbaux. La personne assurée ou ses représentants doivent faire valoir des prétentions aux prestations indépendamment de la présente autorisation.

Swisscanto Flex Fondation collective et son réassureur s'engagent à traiter les informations et documents reçus conformément à la loi sur la protection des données. Cette procuration ne s'éteint pas au décès du mandant.

Par sa signature ci-dessous, le sous-signé / la sous-signée donne la procuration susmentionnée dans son ensemble et confirme l'intégralité et l'exactitude des indications faites dans la déclaration d'incapacité de travail.

Nom et prénom de la personne assurée

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance

Lieu et date

Signature de la personne assurée
ou du représentant légal (soumettre l'acte de nomination)

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé avec annexes (attestations de formation d'enfants majeurs, certificats et rapports médicaux, décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident) par courrier à l'adresse suivante :

Swisscanto Flex Fondation Collective
des Banques Cantonales
Bureau
Case postale
8152 Glattbrugg