

Déclaration d'incapacité de travail (formulaire de l'employeur)

Entreprise _____ N° de contrat _____

Interlocuteur _____ Téléphone _____

Indications sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

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

Rue/n° _____ NPA/lieu _____

Téléphone _____

Informations relatives aux rapports de travail

Taux d'occupation dans l'entreprise avant la survenance de l'incapacité de travail _____ %

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

La personne assurée a-t-elle plusieurs employeurs ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ? _____

Le rapport de travail est-il ou a-t-il été résilié ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, par qui ? _____

Pour quand ? _____

Pour quelles raisons ? _____

Indications relatives à l'incapacité de travail (IT)

IT pour cause de ☐ maladie ☐ accident, y c. maladies professionnelles selon la LAA

Début de l'IT _____ Joindre les copies des certificats médicaux (si disponibles)

S'agit-il d'une rechute ? ☐ Oui, première maladie du _____ au _____
☐ Non

Degré et durée de l'incapacité de travail **pour un taux d'occupation de 100%.**

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

La déclaration à l'assurance-invalidité fédérale a-t-elle été faite ? (Concerne la détection précoce) ☐ Oui, le _____ ☐ Non

Demande de prestations :

☐ Assurance coll. d'indemnités journalières en cas de maladie le _____

☐ Assurance-accidents (LAA) le _____

☐ Assurance-invalidité fédérale le _____ ☐ Assurance militaire fédérale le _____

Contact assurance coll. d'indemnités journalières en cas de maladie / assurance-accidents :

Nom de l'assurance _____ Case postale _____

Numéro de police _____ Rue/n° _____

NPA/lieu _____

Nous vous prions de nous transmettre les copies des décomptes d'indemnités journalières et/ou des décisions déjà existants ou à venir.

Remarques/précisions

Précisions

Si une personne assurée présente une incapacité de travail d'au moins 40% pendant plus de 60 jours au cours d'une période de 90 jours, il convient de faire une déclaration.

En même temps que la déclaration à la Swisscanto Flex Fondation Collective, veuillez inviter la personne assurée de faire une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité fédérale (AI) pour la détection précoce. Celle-ci vise à entrer en contact sans délai avec la personne assurée dont la capacité de travail est limitée pour des raisons de santé et qui risque de souffrir d'un problème de santé chronique. Les employeurs de la personne assurée sont autorisés à faire une annonce. La déclaration peut également intervenir sans le consentement de la personne assurée, à condition que celle-ci en ait été informée au préalable. Le formulaire La déclaration (001.100 – Formulaire de communication pour adultes : détection précoce) se trouve sur le site www.ahv-iv.ch. La communication pour la détection précoce n'est pas considérée comme une demande de prestations de l'AI.

Nous vous prions de faire parvenir les pages suivantes (formulaire personne assurée) à votre collaboratrice ou votre collaborateur en précisant que celui-ci doit être envoyé directement à la Swisscanto Flex Fondation Collective.

Lieu, date

Cachet et signature de l'entreprise

Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli et signé ainsi que les annexes (certificats médicaux, décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident) par voie postale à l'adresse suivante :

Swisscanto Flex Fondation Collective des Banques Cantionales
Bureau
Case postale
8152 Glattbrugg
043 210 19 00
flex@pfs.ch

Avis d'incapacité de travail (formulaire de la personne assurée)

Employeur _____

Indications sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

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

Rue/n° _____ NPA/lieu _____

Téléphone _____

Pour les employés à temps partiel : Le temps partiel est-il dû à des raisons de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ? _____

Indications concernant l'incapacité de travail (IT)

Début de l'IT _____

Veuillez joindre des copies des certificats médicaux, des certificats d'accident et des décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident dont vous disposez déjà.

Remarques

Procuration

Le mandant autorise la mandataire, Swisscanto Flex Fondation Collective, à clarifier les droits aux prestations dans le cadre des assurances sociales et en particulier de la prévoyance professionnelle

concernant

Levée du secret professionnel ou de fonction et droit de consultation des dossiers

La personne soussignée autorise la Swisscanto Flex Fondation Collective et son réassureur à se procurer directement tous les documents et renseignements nécessaires à l'examen du droit aux prestations ; ceci auprès des médecins, fournisseurs de prestations médicales, services de médecin-conseil d'assurances privées et sociales, hôpitaux, établissements hospitaliers et institutions similaires qu'elle juge nécessaires. Les médecins et les institutions mentionnées sont donc libérés sans réserve de l'obligation de garder le secret ou du secret professionnel vis-à-vis de la Swisscanto Flex Fondation Collective et de son réassureur. La personne soussignée libère en outre les caisses-maladie, les assureurs-maladie, les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie, les assureurs-accidents, les offices AI, les institutions de prévoyance, les services officiels et les autorités (p. ex. service social, service d'aide sociale et d'assistance), les assurances-vie, les caisses de chômage et d'autres assureurs privés impliqués ainsi que leur personnel de leur obligation de garder le secret et les autorise à fournir des renseignements à la Swisscanto Flex Fondation Collective et à son réassureur ainsi qu'à consulter ses dossiers et à leur remettre des copies de documents.

Transmission de ses propres dossiers et communication d'informations

La personne soussignée autorise la Swisscanto Flex Fondation Collective à transmettre à son réassureur, à ses médecins-conseils, aux centres d'examen médical, aux organismes d'assurance (sociale), aux tiers responsables ou à leurs assureurs responsabilité civile (pour justifier des recours) et aux services officiels les documents relatifs à l'évolution de l'incapacité de travail et les dossiers relatifs à l'examen des droits, en particulier les dossiers médicaux, ainsi qu'à fournir des renseignements écrits et oraux. La personne assurée ou ses représentants doivent faire valoir leurs droits aux prestations indépendamment de cette autorisation.

La 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. La présente procuration ne s'éteint pas au décès du mandant.

Par la signature ci-dessous, le/la soussigné(e) accorde la procuration susmentionnée dans toute son ampleur et confirme l'exhaustivité et l'exactitude des informations fournies dans l'annonce d'incapacité de travail.

Nom et prénom de la personne assurée

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance

Lieu, date

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

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé ainsi que les annexes (justificatifs de formation pour les enfants majeurs, certificats et rapports médicaux, décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident) par voie postale à l'adresse suivante :

Swisscanto Flex Fondation Collective des Banques Cantionales
Bureau
Case postale
8152 Glattbrugg
043 210 19 00
flex@pfs.ch