

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	e 756		
Rue/n°	NPA/Lieu			
N° de tél.				
Indications sur le rapport de travail				
Degré d'occupation dans l'entreprise av		%		
Salaire annuel AVS de la personne assu	CHF			
La personne assurée est-elle employée	□ 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 trava	il (IT)			
IT suite à □ une maladie	☐ un accident, y c. maladies professionnelle	es selon la LAA		
Début de l'IT	Joindre copies d	des certificats médicaux (le cas échéant)		
S'agit-il d'une rechute?	□ oui, première maladie du	au		

Degré et durée de l'i	incapacité	de travail De g	gré et durée de l'i	incapacité de tra	avail	
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'assu	rance im	pliquées				
Déclaration faite à l'a	assurance-	-invalidité fédé	rale? (Concerne ur	ne détection préco	oce) 🗆 oui, le	□ non
Inscription pour la pe	erception	des prestation	s:			
☐ Assurance coll. d'	indemnité	journalière de	e maladie le		☐ Assurance-accident (LAA) le	
□Assurance-invalidit	té féd. le				☐ Assurance militaire féd. le	
Coll. à contacter Ass Nom de l'assurance Numéro de police			alière de maladie / /	_ Case postale		
Nous vous prions de et futurs. Remarques	vous tran	ismettre des co	opies de décompte	s d'indemnité joui	rnalière et/ou dispositions déjà disponibl o	es

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 1e 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 autorisées 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 inscription 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 1e 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 1e Fondation Collective Bureau Case postale 8152 Glattbrugg