

Déclaration d'incapacité de travail (formulaire employeur)

Entreprise _____ N° de contrat _____

Interlocuteur _____ Téléphone _____

Indications sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

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

Rue/n° _____ NPA/Lieu _____

Téléphone _____

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 **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

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

Inscription 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 _____

Coll. à contacter 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 dispositions **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 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 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 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
043 210 19 01
1e@pfs.ch