

Ce formulaire doit parvenir à Retraites Populaires dans les plus brefs délais dès qu'une incapacité de travail partielle ou totale dépasse le délai d'attente prévu dans le plan de prévoyance.

Employeur

Nom :

Contrat no : Personne de contact :

Téléphone : E-mail :

Personne assurée

Dossier no : AVS no :

Nom, prénom :

Date de naissance :

Etat civil : Depuis le :

Rue :

NPA, localité : Pays :

Téléphone : E-mail privé :

Conjoint(e)/partenaire enregistré(e) :

Nom et prénom : Date de naissance : H F

Concubin(e) :

Nom et prénom : Date de naissance : H F

Le/la concubin(e) a-t-il/elle été annoncé(e) à l'institution de prévoyance ? oui non

Enfant(s) :

Nom et prénom : Date de naissance : H F

Nom et prénom : Date de naissance : H F

Nom et prénom : Date de naissance : H F

Incapacité de travail

Date d'entrée dans l'entreprise :

Taux d'occupation avant l'IT :% En cas d'emploi partiel, raison ? raison de santé
 impératifs d'exploitation
 autre :

Date de début de l'incapacité de travail : Degré d'incapacité :

Si le degré d'incapacité a évolué, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Période d'incapacité de travail

Degré d'incapacité de travail

du au %

du au %

du au %

du au %

du au %

du au %



L'incapacité de travail est due à : une maladie un accident

Médecin(s) traitant(s) :

Nom et prénom

Adresse complète

.....
.....
.....

Rapport de travail

Les rapports de travail ont-ils pris fin ? oui non

Si oui : par qui ?
pour quelle date ?
pour quelle raison ?

Dernier jour de travail avant l'incapacité de travail : le

Profession/formation de la personne assurée :

Description succincte de l'activité exercée avant la survenance de l'incapacité de travail :

.....
.....

Activité après la survenance de l'incapacité de travail :

.....
.....

Est-ce que l'assuré(e) perçoit toujours un salaire ? oui non

Si non, jusqu'à quelle date lui a-t-on versé son salaire :

Salaire annuel* brut (soumis à l'AVS) lors de la survenance de l'incapacité : CHF/an
*en cas de rétribution irrégulière, moyenne des salaires des 12 derniers mois.

L'assuré(e) a-t-il/elle plusieurs employeurs ? oui non

Si, oui coordonnées des autres employeurs ?

.....
.....

Annonce/demande auprès d'autres assureurs

Une annonce auprès de l'assurance invalidité fédérale a-t-elle eu lieu (détection précoce) ? oui non

Si oui, par qui ?

*joindre une copie de l'annonce de détection précoce disponible sous www.ahv-iv.ch/p/001.100.f

Une demande a eu lieu auprès de :

- l'assurance invalidité (AI)
- l'assurance maladie d'indemnités journalière*
*joindre la copie de l'annonce et d'éventuelles décomptes d'indemnités journalières
- l'assurance accidents (AA)
*joindre une copie de la feuille accident LAA
- l'assurance militaire fédérale

Case management

- a. Est-ce qu'un Case Manager d'une autre assurance traite le cas ? oui non
Si oui, quelle assurance et nom du Case Manager ?
- b. Existe-t-il des possibilités de remplacement dans votre entreprise ? oui non
Si oui : ont-elles déjà été examinées ? oui non
Seriez-vous intéressés par une assistance dans ce domaine ? oui non

Assurances en cas d'accident

- a. Auprès de quelle compagnie avez-vous assuré votre employé pour la LAA ?
Adresse complète de la compagnie :
A partir de quelle date lui a-t-on versé des indemnités LAA ? :
Numéro de sinistre :
- b. Avez-vous contracté une assurance accident complémentaire pour votre personnel ? oui non
Si oui, auprès de quelle compagnie ?
Adresse complète de la compagnie :

Assurances en cas de maladie

- a. Avez-vous contracté une assurance perte de gain collective pour votre employé ? oui non
Si oui, auprès de quelle compagnie ?
Adresse complète de la compagnie :
A partir de quelle date lui a-t-on versé des indemnités APG ?
Numéro de sinistre :
- b. Avez-vous contracté une assurance perte de gain complémentaire pour votre personnel ? oui non
Si oui, auprès de quelle compagnie ?
Adresse complète de la compagnie :

Sans les annexes mentionnées ci-dessous, le traitement du dossier ne pourra pas être effectué.

Nous vous remercions dès lors de joindre à ce formulaire :

- les copies des certificats médicaux
- les copies des annonces et des éventuels décomptes de prestations des assurances (LAA, APG, etc.)

La personne assurée doit nous transmettre une procuration en faveur de notre réassureur en charge des cas d'incapacité de travail. Merci de nous la transmettre avec le présent formulaire, le cas échéant nous prendrons directement contact avec la personne assurée.

Retraites Populaires se réserve le droit de reporter sa décision de libération du paiement des primes et d'octroi de rentes tant que ce questionnaire ne lui sera pas retourné dûment complété, daté et signé.

.....
Lieu et date

.....
Timbre et signature de l'employeur