

## ANNONCE D'UN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (formulaire employeur)

Pages 1 / 2: à remplir par l'employeur de la personne assurée

### EMPLOYEUR

Entreprise \_\_\_\_\_ Case postale \_\_\_\_\_  
 Personne de contact \_\_\_\_\_ Rue, n° \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

### PERSONNE ASSURÉE

Nom, prénom \_\_\_\_\_ N° AVS \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_ Rue, n° \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Sexe  féminin  masculin  
 Langue correspondance  fr  al  it  
 Connaissance langue nationale  bonne  moyenne  limitée  
 Etat civil  marié/e  part. Enregistré Marié / part. enregistré  
 célibataire  divorcé/e  veuf/veuve depuis \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)  
 concubinage\*  
 \* partenaire annoncé à l'IP vivant  Oui  Non

### INCAPACITÉ DE TRAVAIL (IT)

Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Début IT (date exacte!) \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Joindre copie certificat médical (si disponible)

Taux d'occupation avant l'IT \_\_\_\_\_ %

#### Annnonce / Demande auprès d'un autre assureur:

Demande de prestation déposée auprès de \_\_\_\_\_ Nom assurance / Lieu \_\_\_\_\_  
 Ass.-maladie d'indemnités journal.\* Date: \_\_\_\_\_  
 Assurance accidents (AA)\* Date: \_\_\_\_\_  
 Assurance invalidité (AI) Date: \_\_\_\_\_  
 Assurance militaire fédérale Date: \_\_\_\_\_

\* Joindre copies des annonces et d'év. décomptes indemnités journalières

### RAPPORT DE TRAVAIL

Le rapport de travail a-t-il été résilié:

Par qui? \_\_\_\_\_  
 Pour quelle date? le \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)  
 pour quelles raisons? \_\_\_\_\_

## ANNONCE D'UN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (formulaire employeur)

Pages 2 / 2: à remplir par l'employeur de la personne assurée

### CASE MANAGEMENT

Est-ce qu'un Case Manager d'une autre assurance traite le cas?  Oui  Non

Si oui, quelle assurance et nom du Case Manager?

---

---

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 de PKRück dans  Oui  Non

ce domaine?

### TRANSMISSION DES DOCUMENTS

Veillez transmettre les documents comme suit:

A l'institution de prévoyance: Ce formulaire d'annonce et les copies nécessaires Transmis le: \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

A la personne assurée: Formulaire d'annonce d'un cas d'incapacité de travail de la personne assurée Transmis le: \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

### REMARQUES

---

---

---

Lieu, date: \_\_\_\_\_

Timbre, signature: \_\_\_\_\_

## ANNONCE D'UN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

(formulaire institution de prévoyance)

Page 3: à remplir par l'institution de prévoyance

### INSTITUTION DE PRÉVOYANCE (IP)

Nom IP \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Personne de contact \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### RAPPORT DE PRÉVOYANCE

Nom, prénom de la personne assurée \_\_\_\_\_

Date d'affiliation à l'IP \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) N° du contrat \_\_\_\_\_

Date d'entrée de la personne assurée dans l'IP \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Ev. date de sortie de l'IP \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)  
**Joindre copie de l'annonce**

Un examen de santé a-t-il été effectué lors de l'entrée?  Oui  Non

Si oui:  
**Joindre copie du questionnaire de santé**

Existait-il une réserve de santé au d'un rapport de prévoyance antérieur?  Oui  Non

Si oui:  
**Joindre copie de la réserve**

La PA bénéficie-t-elle déjà d'une rente AI d'un rapport de prévoyance antérieur?  Oui  Non

Si oui, degrés AI? \_\_\_\_ %  
 Début du droit à la rente \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

La PA a-t-elle antérieurement bénéficié de prestations de votre IP pour IT ou invalidité?  Oui  Non

### REMARQUES

---



---



---

**Attention: En cas de prestations, il n'est pas autorisé de faire des versements (encouragement à la propriété du logement, mise en gage, divorce, prestations de libre passage etc.). Veuillez introduire un stop dans votre système de paiement.**

Lieu, date: \_\_\_\_\_ Timbre, signature: \_\_\_\_\_

Veuillez joindre les documents suivants:

**certificat de prévoyance, plan de prévoyance**

Veuillez envoyer le formulaire et les documents à:

**PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**

## ANNONCE D'UN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Page 1 / 2: Informations pour la personne assurée

Madame, Monsieur,

Nous sommes le réassureur de votre institution de prévoyance pour laquelle nous réglons la partie administrative des cas sujets à des prestations. Votre employeur nous a annoncé votre incapacité de travail.

Afin que nous puissions examiner le droit à la libération des cotisations ainsi que d'éventuelles prestations futures, nous avons besoin des documents suivants:

Annnonce d'un cas d'incapacité de travail (formulaire personne assurée)  
que vous voudrez bien nous retourner datée et signée à:

**PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**

### PROCURATION ET CONSENTEMENT

Nous vous donnons ci-dessous des informations sur la procuration et le consentement que vous pouvez nous donner en cochant la case de la page 2.

**Transmission de données et procuration pour la collecte de données concernant la santé à des fins d'exécution de l'assurance et d'éventuels contrôles des cas d'incapacité de travail ou de prestations annoncés, et, si cela a été convenu, à des fins de traitement des cas de prestations.** L'institution de prévoyance a fait réassurer les risques d'invalidité et de décès par PKRück SA ([www.pkruECK.com](http://www.pkruECK.com)). Afin d'exécuter l'assurance et de procéder à d'éventuels contrôles des cas d'incapacité de travail et de prestations que l'institution de prévoyance a annoncés à PKRück, cette dernière doit disposer de tous les droits nécessaires pour examiner vos données de santé et demander d'autres informations relatives à la santé à des tiers. Le cas échéant, l'institution de prévoyance a également confié le traitement des cas de prestations à PKRück. L'institution de prévoyance respectivement PKRück traite les informations relatives à votre santé afin de déterminer si, à partir de quand et dans quelle mesure vous avez droit à des prestations de prévoyance professionnelle. A cette fin, l'institution de prévoyance respectivement PKRück doit disposer de tous les droits nécessaires pour examiner vos données de santé et demander d'autres informations relatives à la santé à des tiers.

**Transmission de données aux réassureurs de PKRück à des fins d'exécution de l'assurance et d'éventuels contrôles des cas de prestations annoncés.** Dans certains cas, PKRück a recours à d'autres compagnies de réassurance. Afin que ces compagnies de réassurance puissent elles aussi traiter le cas de prestations et le cas échéant le contrôler, PKRück leur fournira vos données de santé. Les compagnies de réassurance n'utilisent vos données à caractère personnel qu'aux fins précitées.

Si vous avez des questions, nous nous tenons à votre entière disposition au numéro de **téléphone 044 360 50 70**.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

PKRück  
Lebensversicherungsgesellschaft  
für die betriebliche Vorsorge AG

## ANNONCE D'UN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (formulaire personne assurée)

Page 2 / 2

Institution de prévoyance \_\_\_\_\_

### PERSONNE ASSURÉE

Entreprise \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Nom, prénom \_\_\_\_\_ N° AVS \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Rue, n° \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ NPA, lieu \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Sexe  féminin  masculin

Langue correspondance  fr  al  it

Etat civil  marié/e  part. Enregistré  célibataire  divorcé/e  veuf/veuve  concubinage

Marié / part. enregistré depuis \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Profession / formation \_\_\_\_\_

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

### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Médecin traitant \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Est-ce qu'un Case Manager d'une autre assurance traite le cas?  Oui  Non

Si oui, quelle assurance et nom du Case Manager? \_\_\_\_\_

En cas d'occupation partielle: Est-ce que l'occupation partielle est due à des raisons médicales?  Oui  Non

### Renseignement et consultation du dossier; procuration pour la collecte de données concernant la santé et consentement à la transmission de données

- Par la présente, j'autorise l'institution de prévoyance respectivement PKRück à demander des renseignements par oral ou par écrit aux assurances (toutes les assurances sociales et privées) et organismes compétents (en particulier les services sociaux, ORP, caisses de compensation) ainsi qu'à l'employeur, etc., et à demander de pouvoir consulter les dossiers, ce aux fins du traitement du cas de prestations.
- J'autorise les médecins, psychologues, physiothérapeutes et psychothérapeutes ainsi que toute autre personne ayant une formation médicale à transmettre à l'institution de prévoyance respectivement à PKRück tous les renseignements et documents relatifs à mon état de santé et à d'éventuels traitements en vue de traiter le cas de prestations.
- Je libère les personnes précitées ainsi que les employés des institutions susmentionnées de leur devoir de confidentialité à l'égard de l'institution de prévoyance respectivement de PKRück. J'accepte par ailleurs que l'institution de prévoyance respectivement PKRück transmette mes données de santé à ces organismes aux fins mentionnées et délègue explicitement les employés de ces institutions de leur devoir de confidentialité.
- J'accepte que mes données de santé soient transmises à PKRück et, le cas échéant, à d'autres compagnies de réassurance afin d'exécuter l'assurance et de contrôler les cas de prestations annoncés et qu'elles y soient utilisées aux fins mentionnées dans le présent document. Ce consentement comprend aussi explicitement le droit pour PKRück de transmettre, à son tour, mes données de santé à d'autres réassureurs pour les mêmes finalités. Je reconnais explicitement et accepte que ces réassureurs puissent transmettre à leur tour mes données, y compris celles concernant ma santé, à d'autres réassureurs aux mêmes fins.

Les consentements octroyés peuvent être révoqués en tout temps par notification écrite à l'institution de prévoyance et à PKRück. La personne soussignée est consciente qu'un refus de donner le consentement requis ou qu'une révocation du consentement donné peut faire obstacle à des clarifications, à l'exécution de l'assurance et ainsi empêcher l'octroi des prestations de prévoyance professionnelle.

Lieu, date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Veuillez envoyer le formulaire à: **PKRück AG, Leistungen, Zollikerstrasse 4, Postfach, 8032 Zürich**