

Annonce d'incapacité de travail de plus de 3 mois



CIEPP

Caisse Inter-Entreprises
de Prévoyance Professionnelle

ZKBV - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge
CIPP - Cassa Interaziendale di Previdenza Professionale

Affilié n°:

Nom de l'employeur:

DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

Nom:

Prénom:

N° AVS: 756.

Date de naissance (jj/mm/aaaa):

Sexe: ☐ M ☐ F

Adresse privée:

NPA et localité:

Téléphone:

E-mail:

Date de début des rapports de travail (jj/mm/aaaa):

L'assuré était-il en pleine capacité de travail au moment où ont débuté les rapports de travail: ☐ oui ☐ non

Date de début d'assujettissement à la CIEPP (jj/mm/aaaa):

L'assuré était-il en pleine capacité de travail à la date d'entrée à la CIEPP: ☐ oui ☐ non

Taux d'activité avant l'incapacité de travail: %

DONNÉES SUR L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET LA SITUATION PROFESSIONNELLE DE L'ASSURÉ(E)

Date de début de l'incapacité de travail (jj/mm/aaaa):

Cause: ☐ maladie ☐ accident

En cas de grossesse, date prévue de la naissance (jj/mm/aaaa):

Degré et durée de l'incapacité:

%

du

au

%

du

au

%

du

au

%

du

au

Joindre une copie des certificats médicaux couvrant toutes les périodes d'incapacité annoncées ci-dessus.

S'agit-il d'une rechute? ☐ non ☐ oui, date du début de la 1^{ère} incapacité de travail (jj/mm/aaaa):

Nom et adresse du médecin traitant:

Assureur perte de gain: ☐ non ☐ oui, nom et adresse:

Date prévue de la reprise de l'activité (jj/mm/aaaa):

Une annonce auprès de l'assurance invalidité fédérale a-t-elle eu lieu? ☐ non ☐ oui, en date du (jj/mm/aaaa):

Une réadaptation est-elle prévue? ☐ non ☐ oui

Le contrat de travail a-t-il été résilié? ☐ non ☐ oui, au (jj/mm/aaaa):

Date:

Timbre et signature de l'employeur:

Le soussigné certifie que les indications ci-dessus sont complètes et exactes. Il confirme également avoir autorisé pour signer le présent document et assume les conséquences de la transmission éventuelle d'informations erronées.

Procuration de l'assuré:

La personne assurée autorise expressément la CIEPP – Caisse Inter-Entreprises de Prévoyance Professionnelle à se procurer les documents nécessaires auprès de tous les organismes d'assurance de droit public et de droit privé impliqués dans ce cas de prestation en tant que caisses-maladie, assureurs maladie, assureurs indemnités journalières en cas de maladie, assureurs accidents, offices AI, institutions de prévoyance, etc., et en particulier de consulter les dossiers médicaux personnels de l'assuré (par exemple: expertises médicales et rapports d'autres institutions comme l'orientation professionnelle).

De par la signature figurant ci-après, la CIEPP est également habilitée à se procurer les renseignements qui lui paraissent nécessaires auprès des médecins et autres prestataires de services médicaux ainsi qu'auprès des hôpitaux, des établissements de santé, employeurs, etc. De ce fait, les médecins, les institutions précitées et les employeurs sont ainsi déliés sans réserve de l'observation du secret professionnel vis-à-vis de la CIEPP.

En outre, le/la soussigné(e) autorise la CIEPP à transmettre à l'office AI compétent des documents relatifs à l'évolution de l'incapacité de travail, en particulier des documents médicaux afin d'augmenter sa chance de réinsertion dans la vie professionnelle. Toutefois, la présente procédure ne remplace pas le dépôt de la demande AI qui doit être effectuée par la personne assurée elle-même.

De par sa signature figurant ci-après, le/la soussigné(e) accorde la procuration précitée dans toute son ampleur.

Lieu et date:

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal:

Agences

Bulle

Fribourg

Neuchâtel

Porrentruy

Rue Condémine 56

Rue de l'Hôpital 15

Av. du 1^{er}-Mars 18

Ch. de la Perche 2

T 026 919 87 40

T 026 552 66 90

T 032 727 37 00

T 032 465 15 80

Siège de l'Administration de la caisse

Rue de Saint-Jean 67 – Case postale – 1211 Genève 3

T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch