

Annnonce d'une incapacité de travail

À compléter par l'employeur

Pages 1 à 3: À compléter par l'employeur

Référence

Employeur	<input type="text"/>	N° de contrat	<input type="text"/>
Rue, n°	<input type="text"/>	Personne à contacter	<input type="text"/>
Case postale	<input type="text"/>	N° de téléphone	<input type="text"/>
NPA, localité	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Personne assurée présentant une incapacité de travail

Nom, prénom	<input type="text"/>	N° d'ass. soc.	<input type="text"/>
Date de naissance (JJ.MM.AAAA)	<input type="text"/>	Rue, n°	<input type="text"/>
Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin		NPA, localité	<input type="text"/>
Langue de correspondance <input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> it		N° de téléphone	<input type="text"/>
État civil <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> lié(e) par un partenariat enregistré <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve		Marié(e)/partenariat enregistré depuis le (JJ.MM.AAAA)	<input type="text"/>
		Divorcé(e)/partenariat enregistré dissous depuis le (JJ.MM.AAAA)	<input type="text"/>

Coordonnées de contact d'un(e) éventuel(le) représentant(e)

Nom, prénom	<input type="text"/>	Rue, n°	<input type="text"/>
N° de téléphone	<input type="text"/>	NPA, localité	<input type="text"/>

Conjoint/partenaire

Nom, prénom	<input type="text"/>	Date de naissance (JJ.MM.AAAA)	<input type="text"/>
		Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	

Enfants

Nom, prénom	<input type="text"/>	Date de naissance (JJ.MM.AAAA)	<input type="text"/>
		Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	
Nom, prénom	<input type="text"/>	Date de naissance (JJ.MM.AAAA)	<input type="text"/>
		Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	
Nom, prénom	<input type="text"/>	Date de naissance (JJ.MM.AAAA)	<input type="text"/>
		Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	

Incapacité de travail/gain

L'incapacité de travail/gain est imputable à une maladie un accident ou une maladie professionnelle

Type de maladie / d'accident

Indications sur l'incapacité de travail (IT)

Date d'engagement (JJ.MM.AAAA)	<input type="text"/>	Début de l'IT (date précise!) (JJ.MM.AAAA)	<input type="text"/>
Taux d'occupation (TO) avant l'IT	<input type="text"/>	Joindre une copie du certificat médical (si disponible)	<input type="text"/>
TO après la survenance de l'IT partielle	<input type="text"/> %	Salaires annuels soumis à l'AVS au début de l'IT	<input type="text"/>

Annonce/signalement à d'autres assureurs

Le cas a-t-il été annoncé à l'assurance-invalidité fédérale? (Détection précoce)

Oui, en date du (JJ.MM.AAAA). Non

Si oui, par qui?

Joindre une copie de l'annonce (si disponible)

Le cas a été annoncé à

- l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie*
 l'assurance-accidents (LAA)*
 l'assurance-invalidité fédérale
 l'assurance militaire fédérale

Date de l'annonce (JJ.MM.AAAA)

Date de l'annonce (JJ.MM.AAAA)

Date de l'annonce (JJ.MM.AAAA)

Date de l'annonce (JJ.MM.AAAA)

* Joindre les copies des annonces et les éventuels décomptes d'indemnités journalières

Coordonnées de contact de l'assurance collective d'une indemnité journalière en cas de maladie / de l'assurance-accidents

Nom de l'assurance

Rue, n°

N° de police

Case postale

NPA, localité

Indications sur l'activité

Activité indépendante?

Oui Non

Activité salariée?

Oui Non

Si activité salariée, les rapports de travail ont-ils été résiliés?

Oui Non

Par qui?

À quelle date?

le (JJ.MM.AAAA)

Pour quel(s) motif(s)?

Dernier jour de travail effectif avant l'incapacité de travail

le (JJ.MM.AAAA)

Si activité salariée, la personne assurée continue-t-elle à travailler pour vous?

Oui Non

Formation / profession apprise par la personne assurée

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

Type d'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé

à partir du (JJ.MM.AAAA)

Indications pour le Case Management

Un Case Manager a-t-il déjà été impliqué par une autre assurance?

Oui Non

Si oui, quelle est cette assurance et quel est le nom du Case Manager?

Existe-t-il des possibilités de remplacement dans votre entreprise?

Oui Non

Si oui: ces possibilités ont-elles déjà été examinées au sein de l'entreprise?

Oui Non

Êtes-vous intéressé par l'assistance de spécialistes en la matière?

Oui Non

À compléter par l'employeur

Transmission de documents

Veuillez transmettre les documents comme suit à titre de complément:

À l'institution de prévoyance:

Le présent formulaire (pages 1 à 3) avec les copies requises

Date de la transmission: (JJ.MM.AAAA)

Adresse: Pro Medico Fondation, Löwenstrasse 25, case postale, 8021 Zurich

À la personne assurée:

Lettre «Information à la personne assurée»,

Date de la transmission: (JJ.MM.AAAA)

«Procuration/déclaration de consentement» et formulaire «Certificat médical»

Remarques

Lieu et date

Signature

Une éventuelle dissolution des rapports de travail ne vous délie pas de votre obligation d'informer et d'annoncer. Selon le règlement de prévoyance, vous êtes tenu de signaler immédiatement toute incapacité de travail (partielle) frappant une personne assurée.

Information à la personne assurée

Votre employeur nous a informés de votre incapacité de travail (partielle). Pour pouvoir évaluer votre droit à la libération du paiement des cotisations et calculer vos éventuelles prestations futures, nous avons besoin des documents suivants:

- Formulaire «Certificat médical»: veuillez faire suivre le formulaire ci-joint à votre médecin traitant, qui, après l'avoir complété, le transmettra au service médical du réassureur de la Pro Medico Fondation.
- Procuration: veuillez adresser la procuration à la Pro Medico Fondation, Löwenstrasse 25, case postale, 8021 Zurich.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter au +41 44 224 20 60 ou à l'adresse e-mail info@promedico.ch.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous adressons nos salutations les meilleures.
Pro Medico Fondation

Procuration / Déclaration de consentement

Donneur de procuration

Prénom, nom:

N° AVS:

Rue:

NPA, localité:

Bénéficiaires de la procuration

Pro Medico Fondation, Zurich

AXA Vie SA, Winterthur

Swiss Life, Zurich

PKRück Compagnie d'assurance vie pour
la prévoyance professionnelle SA, Vaduz

Tiers agissant en qualité de Case/Care Manager

En relation avec mon incapacité de travail, mon incapacité de gain et mon invalidité, j'autorise les bénéficiaires de la procuration

Renseignements et consultation du dossier auprès d'autres assureurs

à se procurer auprès de tous les assureurs de droit public et de droit privé concernés par le présent cas de prestations – en particulier les caisses maladie, les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie, les assureurs accidents, les assureurs d'indemnités journalières en cas d'accidents, les offices AI, les institutions de prévoyance et l'assurance chômage – les informations jugées nécessaires et à consulter les dossiers pertinents en vue d'établir le droit aux prestations du/de la soussigné(e), de calculer les prestations, de les coordonner avec celles d'autres assurances et de faire valoir une prétention récursoire contre le(s) tiers responsable(s).

Consultation de données auprès des médecins et autres prestations médicaux, libération du secret médical

à se procurer les informations jugées nécessaires et à consulter les dossiers pertinents auprès de tous les médecins et autres prestataires médicaux concernés par le présent cas de prestations – en particulier les psychothérapeutes, les chiropraticiens, les psychologues et les établissements hospitaliers – ou auprès des services de médecins-conseils d'assurances privées ou sociales. Par la présente, le/la soussigné(e) délègue entièrement de leur obligation de garder le secret ses médecins traitants, les autres prestataires médicaux ainsi que les services de médecins-conseils des assurances privées et sociales envers les bénéficiaires de la procuration et les éventuels tiers chargés d'un Case/Care Management.

Transmission des données et octroi d'un droit de consultation

à fournir à l'office AI compétent toutes les informations et tous les documents concernant l'incapacité de travail et son évolution, en particulier les documents médicaux, afin d'accroître mes chances de réadaptation professionnelle. Si, outre l'AI ou d'autres organismes officiels, des tiers effectuent un Case/Care Management, toutes les informations et tous les documents nécessaires, notamment les documents médicaux, doivent également leur être fournis.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

Prière d'envoyer la procuration dûment complétée et signée à: Pro Medico Fondation, Löwenstrasse 25, case postale, 8021 Zurich

Les bénéficiaires de la procuration sont soumis à l'obligation de garder le secret. Ils ne confient la gestion du cas et/ou le traitement des données qu'à des personnes qui ont signé une déclaration de confidentialité valable dans le cadre de leur activité ou qui sont soumises à une obligation officielle de garder le secret. La confidentialité est garantie pendant et après la fin des investigations. Les informations personnelles de la personne assurée ne doivent pas être communiquées à des tiers sans son consentement ni être exploitées de quelque façon que ce soit à des fins ne ressortant pas de la présente procuration/déclaration de consentement.

4. Anamnèse et évolution du cas

Type et durée du traitement administré?	
Médicament(s) (y compris posologie) <input type="checkbox"/> Aucun	Le(s)quel(s)? <input type="text"/>
Éventuels maladies et accidents antérieurs	

5. Symptômes actuels / état actuel de la personne assurée / pronostic

6. Quels sont le degré et la durée de l'incapacité de travail par rapport à l'activité exercée auparavant?

(Indépendamment du marché de l'emploi et de la situation économique, pour un taux d'occupation de 100%)

<input type="text"/>	%	du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>
<input type="text"/>	%	du	<input type="text"/>	au	<input type="text"/>

7. Une autre activité raisonnablement exigible est-elle envisageable?

Oui Non

Une nouvelle activité est-elle exercée?

Oui Non

Si oui, laquelle?

<input type="text"/>	Depuis	<input type="text"/>
Degré de l'incapacité de travail dans la nouvelle activité <input type="text"/> %	de	<input type="text"/> jusqu'à <input type="text"/>

8. AI / Assurance-accidents / Assurance militaire

Le cas a-t-il déjà été annoncé à l'AI (détection précoce)?

Oui Non

Le cas a-t-il été annoncé?

Oui Non

Si oui, auprès de qui?

AI AA AM

Date de l'annonce/du signalement

9. Une reprise de l'activité professionnelle ou une augmentation de la capacité de travail est-elle prévisible?

Oui Non

Si oui:

À partir du/de À raison de %

Des mesures d'ordre professionnel sont-elles indiquées?

Oui Non

Si oui, lesquelles et par qui doivent-elles être définies/exécutées?

10. Points particuliers, remarques

Lieu, date

Timbre, signature

Définition de l'incapacité de travail: est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, on tient également compte de l'activité qui peut être exigée de la personne assurée dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6 LPG).

Honoraires médicaux:

Rapport succinct	60 CHF
Rapport plus circonstancié	80 CHF
Rapport exigeant un temps considérable	140 CHF

Certificat médical à envoyer à Pro Medico Fondation, Löwenstrasse 25, case postale, 8021 Zurich