pk:rück

PKG
PENSIONSKASSE FÜR KMU

Annonce d'un cas d'incapacité de travail (formulaire employeur)

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

Employeur

Entreprise _____ Case postale _____

N° d'entreprise _____ Rue, n° _____

Personne de contact _____ NPA, lieu _____

Email _____ Téléphone _____

Personnne assurée

Nom, prénom _____ N° AVS _____

Email _____ 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 Marié/part. enregistré depuis _____ (jj/mm/aaaa)
☐ célibataire ☐ divorcé/e ☐ veuf/veuve
☐ concubinage*

*partenaire annoncé à l'institution de prévoyance ☐ oui ☐ non

Coordonnées d'un éventuel représentant: Joindre la procuration

Nom, prénom _____ Rue, n°. _____

Téléphone _____ NPA, lieu _____

Époux(se) / partenaire Joindre copie du livret de famille

Nom, prénom _____ Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe ☐ f ☐ m

Enfants

Nom, prénom _____ Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe ☐ f ☐ m

Nom, prénom _____ Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe ☐ f ☐ m

Nom, prénom _____ Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe ☐ f ☐ m

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 _____% En cas d'emploi partiel, raison? ☐ raison de santé
☐ impératifs d'exploitation
☐ autre: _____

Degré d'emploi après la survenance de l'IT partielle _____% Salaire annuel soumis à l'AVS au début de l'IT CHF _____

Annonce/Demande auprès d'un autre assureur:

Une annonce auprès de l'assurance invalidité fédérale a-t-elle eu lieu? (détection précoce) ☐ Oui, le _____ (jj/mm/aaaa) ☐ Non

Si oui, par qui? _____
Joindre copie de l'annonce

La demande a eu lieu auprès ☐ Ass.-maladie d'indemnités journal.* Date de la demande _____ (jj/mm/aaaa)
☐ Assurance accidents (AA)* Date de la demande _____ (jj/mm/aaaa)
☐ Assurance invalidité (AI) Date de la demande _____ (jj/mm/aaaa)
☐ Assurance militaire fédérale Date de la demande _____ (jj/mm/aaaa)

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

pk:rück

PKG
PENSIONSKASSE FÜR KMU

Contact assurance maladie collective / Assurance accidents:

Nom de l'assurance _____ Case postale _____

Numéro de sinistre _____ Rue, n° _____

NPA, lieu _____

Rapport de travail

Le rapport de travail a-t-il été résilié: par qui? _____

pour quelle date? le _____ (jj/mm/aaaa)

pour quelles raisons? _____

Dernier jour de travail avant l'incapacité de travail le _____ (jj/mm/aaaa)

La personne assurée est-elle toujours employée chez vous? ☐ oui ☐ non

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 _____

dès le _____ (jj/mm/aaaa)

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 replacement dans votre entreprise? ☐ oui ☐ non

Si oui: Ont-elles déjà été examinées? ☐ oui ☐ non

Seriez-vous intéressés par une assistance de PKRück dans ce domaine? ☐ oui ☐ non

Transmission des documents

Veuillez transmettre les documents comme suit:

A la Caisse de Pension PKG: Ce formulaire d'annonce (p. 1 à 2) et les copies nécessaires Transmis le: _____ (jj/mm/aaaa)
Adresse: Caisse de Pension PKG, Zürichstrasse 16, 6000 Lucerne 6

A la personne assurée: Lettre „Informations pour la personne assurée", „Procuration générale" et le questionnaire médical Transmis le: _____ (jj/mm/aaaa)

Remarques

_____

_____

Lieu, date _____ Timbre, signature _____

Informations pour la personne assurée

Madame, Monsieur,

Nous sommes le réassureur de la Caisse de Pension PKG 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:

- le «questionnaire médical» que nous vous prions de transmettre à votre médecin traitant.
- la «procuration générale» que vous voudrez bien nous retourner datée et signée à: **PKRück AG, Prestations, Zollikerstrasse 4, Case postale, 8032 Zurich**

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
Compagnie d'assurance vie pour
la prévoyance professionnelle SA

PKRück
Compagnie d'assurance vie pour
la prévoyance professionnelle SA

Zollikerstrasse 4
Case postale
CH-8032 Zurich

Tél. +41 (0)44 360 50 70
Fax +41 (0)44 360 53 50

info@pkrueck.com
www.pkrueck.com

Procuration générale

Nom de l'institution de prévoyance: Caisse de Pension PKG

Mandant		**Mandataire**
Prénom, nom	_____	PKRück
Date de naissance	_____	Compagnie d'assurance vie pour
N° AVS	_____	la prévoyance professionnelle SA
Rue, n°	_____	Vaduz
NPA, lieu	_____	

Le mandant habilite la mandataire en matière de

règlement du droit aux prestations dans le cadre des assurances sociales et en particulier de la prévoyance professionnelle

concernant

Renseignements et consultation des dossiers
Donner et se procurer des renseignements écrits et oraux (et mettre à disposition pour consultation aux assurances et organismes mentionnés ci-après), consulter les dossiers auprès des assurances et organismes compétents (assurance-invalidité fédérale, assurance-accidents, assurance d'indemnités journalières, assurance chômage, employeur, réassureurs de PKRück) et transmettre des dossiers des tiers (assurance-invalidité fédérale, assurance-accidents etc.) aux réassureurs de PKRück.

Secret médical
Se procurer des renseignements et rapports médicaux de ses médecins traitants et des services de médecins-conseils des assurances sociales et privées.

La présente procuration ne s'éteint pas à la mort du mandant.

_____ _____

Lieu, date Signature personne assurée (mandant)

Protection des données
La mandataire s'engage à utiliser les données confiées uniquement aux fins indiquées ci-dessus et de respecter à tout moment les dispositions suisses de protection des données. La mandataire ne transmet les données à ses partenaires de contrat qu'à condition que ceux-ci s'engagent à respecter les restrictions indiquées.

Envoyer la procuration remplie et signée à:
PKRück AG, Prestations, Zollikerstrasse 4, Case postale, 8032 Zurich

pk:rück

PKG
PENSIONSKASSE FÜR KMU

Questionnaire médical

Vous pouvez remplir ce formulaire en ligne et l'imprimer.
www.pkrueck.com → Downloads → Formulaires clients → Questionnaire médical

Informations générales

Institution de prévoyance Caisse de Pension PKG

Prénom/nom personne assurée _____

Date de naissance _____

Adresse de la personne assurée _____

Employeur _____

Extrait du dossier médical depuis _____ (jj/mm/aaaa)

Cause de l'incapacité de travail

Diagnostic _____

_____

_____

Date de manifestation des premiers symptômes? _____

En cas d'accident:

Date de l'accident _____ (jj/mm/aaaa) Nature de l'accident _____

Est-ce que l'accident a été causé par un tiers? ☐ oui ☐ non

Traitements ambulatoires

par vous-même du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)

avant vous par le Docteur _____ à _____ depuis _____ (jj/mm/aaaa)

après vous par le Docteur _____ à _____ depuis _____ (jj/mm/aaaa)

Depuis quand connaissez-vous le patient? _____ (jj/mm/aaaa)

Est-ce que la personne assurée suit un traitement régulier? ☐ oui ☐ non

Si oui, pour quelle raison? _____

Traitement hospitalier

Où? _____

date d'entrée _____ (jj/mm/aaaa) Date de sortie _____ (jj/mm/aaaa)

Anamnèse et évolution du cas

_____

_____

_____

Nature et durée du traitement _____

Médication (avec dosage) _____ ☐ aucune

Eventuelles maladies ou accidents antérieurs _____

_____

pk:rück

PKG
PENSIONSKASSE FÜR KMU

Degré et durée de l'incapacité de travail

Incapacité d'exercer la profession habituelle à partir de l'apparition des symptômes (**par rapport à un emploi à 100%** indépendamment de la situation du marché du travail et de la situation économique):

_____ % du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)

_____ % du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)

_____ % du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)

_____ % du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)

Autre activité envisageable

Une autre activité peut-elle être raisonnablement envisagée? ☐ oui ☐ non

Une nouvelle activité est-elle déjà exercée? ☐ oui ☐ non

Si oui, laquelle? _____ depuis _____ (jj/mm/aaaa)

Incapacité de travail dans cette nouvelle activité _____% du _____ (jj/mm/aaaa) au _____ (jj/mm/aaaa)

AI / AMF / AA

Une annonce auprès de l'AI a-t-elle eu lieu? (détection précoce) ☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi pas? _____

Une demande a-t-elle eu lieu? ☐ oui ☐ non

Auprès de quelle institution? ☐ AI ☐ AA ☐ AMF

Date de l'annonce/demande _____ (jj/mm/aaaa)

Reprise du travail

Peut-on prévoir une reprise du travail ou une amélioration de la capacité de travail? ☐ oui ☐ non

Si oui, à partir du _____ (jj/mm/aaaa) à _____%

Des mesures d'ordre professionnel ou un Case Management sont-ils indiqués? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles?
(par ex. recyclage, coaching, orientation professionnelle) _____

_____

_____

Questions spéciales / remarques

_____

_____

Lieu et date _____ Timbre, signature _____

Définition de l'incapacité de travail: Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (article 6 LPGA).

Honoraires:

Rapport médical	CHF 45.-
Rapport médical plus détaillé	CHF 65.-

Veuillez envoyer le questionnaire et le bulletin de versement à: **PKRück, Médecins-conseils, Zollikerstrasse 4, Case postale, 8032 Zürich**