

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

Page 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  célibataire  divorcé/e  veuf/veuve  
 Marié / part. enregistré depuis \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Concubinage  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 \_\_\_\_\_ %

#### Annonce / 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)

Page 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 «Procuration et Consentement» Transmis le: \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

### REMARQUES

---

---

---

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

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

## PROCURATION ET CONSENTEMENT

Votre institution de prévoyance a réassuré les risques d'invalidité et de décès auprès de nous, PKRück AG ([www.pkrucek.com](http://www.pkrucek.com)), et nous a éventuellement confié aussi la clarification et la gestion des cas de prestations. D'après une notification de votre entreprise, vous êtes en incapacité (partielle) de travail. Afin de pouvoir clarifier et calculer les éventuels droits à des prestations en votre faveur ou en faveur de votre institution de prévoyance, nous avons besoin que vous remplissiez la procuration et le consentement ci-dessous.

### PERSONNE ASSURÉE

Institution de prévoyance \_\_\_\_\_

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

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

E-Mail \_\_\_\_\_ Rue, n° \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

### INFORMATIONS

**Transmission de données à PKRück ainsi que, le cas échéant, à d'autres compagnies de réassurance, et procuration pour la collecte de données de santé à des fins d'évaluer les risques, d'exécution de l'assurance, d'éventuel contrôle des cas annoncés d'incapacité de travail et de prestations ainsi que de gestion des cas de prestations, s'il en a été convenu ainsi.** L'institution de prévoyance a réassuré les risques d'invalidité et de décès auprès de PKRück AG. Afin d'évaluer les risques, d'exécuter l'assurance et de procéder à l'éventuel contrôle des cas d'incapacité de travail et de prestations que l'institution de prévoyance lui annonce, PKRück a besoin de tous les droits nécessaires à la vérification de vos données de santé ainsi qu'à la collecte d'autres informations relatives à votre santé auprès de tiers. Dans certains cas, PKRück fait appel à d'autres compagnies de réassurance. PKRück met également vos données de santé à la disposition desdites compagnies de réassurance afin qu'elles puissent également traiter les cas de prestations et les contrôler le cas échéant. Ces compagnies de réassurance utilisent vos données personnelles uniquement aux fins susmentionnées. Il est également possible que l'institution de prévoyance ait confié à PKRück le traitement des cas de prestations. L'institution de prévoyance ou PKRück traite les informations relatives à votre santé afin d'évaluer si vous êtes en droit de bénéficier d'une prestation de prévoyance professionnelle, à partir de quelle date et dans quelle mesure. Pour ce faire, l'institution de prévoyance ou PKRück a besoin de tous les droits nécessaires à la vérification de vos données de santé ainsi qu'à la collecte d'autres informations relatives à votre santé auprès de tiers.

### PROCURATION ET CONSENTEMENT

**En signant le présent document, je consens explicitement à ce que l'institution de prévoyance** transmette mes données de santé à PKRück à des fins d'évaluation des risques, d'exécution de l'assurance et de contrôle ponctuel des cas de prestations annoncés, et à ce que PKRück transmette éventuellement lesdites données à d'autres compagnies de réassurance qui seront autorisées à les utiliser aux fins susmentionnées. Je reconnais explicitement et accepte que ces compagnies de réassurance puissent transmettre à leur tour mes données, y compris celles concernant ma santé, à d'autres compagnies de réassurance aux mêmes fins. J'autorise en outre l'institution de prévoyance ou 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'entreprise employeuse, etc., et à demander de pouvoir consulter les dossiers, ce aux fins de traitement des 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 ou à PKRück tous les renseignements et documents relatifs à mon état de santé et à d'éventuels traitements en vue de traiter les cas de prestations. Je libère les personnes précitées ainsi que le personnel des institutions susmentionnées de leur devoir de confidentialité à l'égard de l'institution de prévoyance ou de PKRück. J'accepte par ailleurs que l'institution de prévoyance ou PKRück transmette mes données de santé à ces organismes aux fins mentionnées et délègue explicitement le personnel de ces institutions de son devoir de confidentialité. **La procuration et le consentement donnés peuvent être révoqués à tout moment par notification écrite à l'institution de prévoyance et à PKRück. La personne soussignée a conscience qu'un refus de donner la procuration ou le consentement requis ou qu'une révocation de la procuration et du consentement donnés peut faire obstacle à des clarifications et à l'exécution de l'assurance, et ainsi empêcher l'octroi des prestations de prévoyance professionnelle. Pour toute question, nous nous tenons à votre disposition par téléphone au +41 44 360 50 70.**

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

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