

## Déclaration d'incapacité de travail (à remplir par l'assuré)

### Indications sur l'employeur

Entreprise  Numéro de contrat   
Rue  NPA / Lieu

### Identité de la personne assurée

Nom  N° d'ass. soc.   
Prénom  Date de naissance   
Sexe  masculin  féminin  
État civil  marié(e)  divorcé(e)  
 veuve/veuf  partenariat enregistré  
 célibataire  partenaire\*  
\* partenaire annoncé à la fondation du vivant de l'assuré  
Rue  N° de tél.   
NPA / Lieu  E-mail

### Indications de contact du représentant/de la représentante le cas échéant

Nom  Prénom   
Rue  N° de tél.   
NPA / Lieu  E-mail

### Indications sur les enfants (de moins de 18 ou 25 ans et suivant encore une formation)

Nom	Prénom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Événement

- Infirmité congénitale  Etes-vous disposé(e) à faire faire un Case Management?  
(dépistage précoce, empêcher que les prestations soient dues)  
 Maladie  
 Accident

## Indications sur l'incapacité de travail (IT)

Entrée à l'entreprise \_\_\_\_\_ Début de l'IT (date exacte) \_\_\_\_\_

Degré d'IT \_\_\_\_\_

Existait-il une invalidité relevant d'un rapport de prévoyance antérieur?  oui  non

Si oui, degré AI \_\_\_\_\_ Début du droit \_\_\_\_\_

Des prestations d'une CP ont-elles été touchées pour IT et/ou AI?  oui  non

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

*Joindre copie des documents*

Degré d'occupation (DO) avant IT \_\_\_\_\_

Si temps partiel, indiquer le motif \_\_\_\_\_

DO après survenue de l'incapacité de travail \_\_\_\_\_

Salaire brut annuel au début de l'IT \_\_\_\_\_

Il faut répondre aux questions en son âme et conscience de manière **complète et véridique**. La déclaration d'un cas où des prestations sont dues doit être effectuée dans les délais et de manière complète. Les déclarations tardives, mensongères ou incomplètes peuvent entraîner une réduction ou un refus des prestations! Nous renvoyons aux dispositions du règlement de prévoyance.

Le formulaire doit être envoyé sans délai, marqué "Confidentiel" à:

**Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG**  
Aldona Sutter, RV Pool,  
Dornacherstrasse 230, Postfach, 4018 Basel

Veillez joindre les documents suivants:

- procuration signée (selon annexe)
- éventuels décomptes d'indemnités journalières
- certificats médicaux (sous pli fermé)
- décisions AI ou LAA (si elles existent déjà)
- saisie précoce AI
- copie du certificat de famille

Lieu, date

Signature

\_\_\_\_\_

Déclaration d'incapacité de travail (à remplir par l'assuré)

Personne assurée: Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale: \_\_\_\_\_

## Rapport médical (à remplir par le médecin traitant)

### personne assurée

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ N° d'ass. soc. \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ NPA / Lieu \_\_\_\_\_

### Cause de l'incapacité de travail

Diagnostic

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quand les premiers systèmes à cet égard sont-ils apparus?

\_\_\_\_\_

En cas d'accident, veuillez indiquer la date et la nature de l'accident

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'accident a-t-il été causé par une tierce personne?  oui  non

### Traitement ambulatoire

par vous-même \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_

avant vous par le dr \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_

après vous par le dr \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_

Depuis quand connaissez-vous la patiente / le patient? \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_

La personne assurée est-elle régulièrement sous traitement chez vous?  oui  non

Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

### Traitement stationnaire

Où? \_\_\_\_\_ Admission \_\_\_\_\_ Sortie \_\_\_\_\_

### Anamnèse et évolution du cas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Type et nature du traitement \_\_\_\_\_

Médication (y compris dosage)  aucune Laquelle: \_\_\_\_\_

Le cas échéant maladies / accidents antérieur(e)s \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Degré et durée de l'incapacité à exercer la profession antérieure depuis la survenue des premiers symptômes

(indépendamment de la situation du marché de l'emploi et économique en cas de degré 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"/>

## Travail acceptable

Un autre travail acceptable est-il envisagé?  oui  non

Une nouvelle activité est-elle exercée?  oui  non

Si oui, laquelle?  depuis le

Degré d'incapacité dans la nouvelle activité  % du  au

## AI / AA / AM

Une déclaration (saisie précoce) a-t-elle été faite auprès de l'AI?  oui  non

Une annonce a-t-elle eu lieu?  oui  non

Si oui, à qui?  AI  AA  AM

Date de l'annonce / l'inscription

## Reprise de l'activité professionnelle

Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une augmentation de la capacité de travail?  oui  non

Si oui, dès le  à  %

Des mesures professionnelles sont-elles indiquées?  oui  non

Si oui, lesquelles et par qui?

---

---

---

## Questions spéciales / Remarques

---

---

---

---

**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).

---

### Médecin traitant

Nom  Prénom   
Rue  NPA / Lieu   
Lieu, date  Cachet et signature du médecin  
traitant

---

Honoraires du médecin:

Rapport succinct	CHF 60.-
Rapport avec indications complémentaires	CHF 80.-
Rapport nécessitant beaucoup de temps	CHF 140.-

Le formulaire doit être envoyé sans délai, marqué « Confidentiel » et dans une enveloppe fermée, à:

**Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG  
Aldona Sutter, RV Pool,  
Dornacherstrasse 230, Postfach, 4018 Basel**

## Procuration

### a) A d'autres assureurs

En vue de la clarification du droit et de l'examen du droit aux prestations de l'assuré(e), le soussigné/ la soussignée autorise expressément UWP Sammelstiftung ou la PKRück en tant que son réassureur, ainsi que Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG à se procurer les renseignements nécessaires auprès de tous les organismes d'assurance de droit public et privé impliqués dans ce sinistre, par exemple caisses-maladie, assureurs maladie, assureurs d'indemnité journalière de maladie, assureurs accidents, offices AI, l'assurance militaire, institutions de prévoyance, les éventuels assureurs étrangers etc. et en particulier à consulter les dossiers pertinents (p. ex. expertises médicaux et rapports d'autres institutions comme la consultation professionnelle).

### b) Médecins et autres prestataires de services médicaux

De même, UWP Sammelstiftung resp. la PKRück en tant que son réassureur, ainsi que Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG sont autorisé(e)s par la signature ci-dessous à se procurer les renseignements qui leur semblent nécessaires auprès de médecins et d'autres prestataires de services médicaux, ainsi que des hôpitaux, établissements de soins, etc. Les médecins et lesdites institutions sont donc déliés sans réserve de l'obligation de secret envers resp. la PKRück en tant que son réassureur.

### c) Transmission des propres dossiers

Par ailleurs, le soussigné/la soussignée autorise UWP Sammelstiftung resp. la PKRück ainsi que Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG à transmettre des documents sur l'évolution de l'incapacité de travail, en particulier des documents médicaux, à l'office AI compétente afin d'augmenter ainsi la chance de réinsertion dans la vie professionnelle. Cette procédure ne remplace toutefois pas l'inscription à l'AI, qui doit être effectuée par la personne assurée elle-même.

Nom, prénom de l'assuré(e)

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance

Par la signature ci-dessous le soussigné/la soussignée confère la procuration susmentionnée dans son intégralité (a à c)

Lieu, date

Signature de l'assuré(e) ou de son représentant légal