

Adresse postale
Servisa Fondations
Case postale 99
8010 Zurich

Incapacité de travail ou de gain (partie Employeur)

Employeur

Entreprise

Contrat n°

Salarié(e)

Police n°

Données personnelles

- Madame
 Monsieur

Prénom

Nom

Rue

N°

NPA

Localité

Pays

Date de naissance

Etat civil

Courriel

Téléphone

Rapports de travail

A combien s'élevaient le salaire annuel et le degré d'occupation au début / avant la survenance de l'incapacité de travail ou de gain?

Salaire annuel

Taux d'occupation en %

Profession/rôle

Le contrat de travail avec le/la collaborateur-trice a-t-il été résilié?

- Oui
 Non

Date de la résiliation des rapports de travail

Une résiliation du contrat de travail est-elle prévue?

- Oui
 Non

Date de la résiliation prévue des rapports de travail

Incapacité de travail ou de gain

Quel type d'incapacité de travail ou de gain voulez-vous annoncer?

- Première annonce
 Rechute

Quel est l'événement à l'origine de l'incapacité de travail ou de gain?

- par maladie
 par accident

Pendant quelle période la personne assurée a-t-elle été en incapacité de travail ou de gain, et à quel degré?

du _____ au _____ Incapacité de travail ou de gain en %

du _____ au _____ Incapacité de travail ou de gain en %

du _____ au _____ Incapacité de travail ou de gain en %

du _____ au _____ Incapacité de travail ou de gain en %

du _____ au _____ Incapacité de travail ou de gain en %

Autres institutions d'assurance mises à contribution pour le présent cas:

Pour le cas de maladie

Assureur d'indemnités journalières en cas de maladie

Référence ou numéro de sinistre

Personne de contact

Prénom

Nom

Courriel

Téléphone

Pour l'accident

Assureur accidents

Numéro d'accident

Personne de contact

Prénom

Nom

Courriel

Téléphone

Le cas a-t-il été communiqué pour détection précoce à l'assurance-invalidité fédérale?

Oui

Non

Une communication pour détection précoce est-elle prévue?

Oui

Non

L'assurance militaire est-elle impliquée?

Oui

Non

Personne de contact

Veillez indiquer vos coordonnées ou les coordonnées de l'interlocuteur compétent auprès de votre employeur pour tout renseignement complémentaire.

Prénom

Nom

Courriel

Téléphone

Informations complémentaires

Décompte d'indemnités journalières de la ou des assurances perte de gain versant des prestations

Veillez joindre une copie du décompte des indemnités journalières versées depuis le début de l'incapacité de travail jusqu'à ce jour.

Informations complémentaires concernant le/la salarié-e

Remarque: Afin de procéder à la saisie définitive de l'incapacité de travail ou de gain que vous avez déclarée, nous avons besoin d'informations complémentaires sur le collaborateur concerné.

Comment le salarié peut-il obtenir le formulaire correspondant?

- L'entreprise fournit le formulaire nécessaire au collaborateur.
- Le collaborateur doit recevoir le formulaire par courriel.
- La fondation doit informer les collaborateurs/collaboratrices par courrier.

Courriel privé du collaborateur

Veillez remettre le formulaire suivant à votre collaborateur-trice pour complément d'information concernant l'incapacité de travail ou de gain. Le/la collaborateur-trice doit remplir le formulaire et le signer avant de nous le renvoyer.

[Formulaire Incapacité de travail ou de gain – partie Salarié-e](#)

Remarques

Autres remarques

Confirmation employeur

- L'entreprise confirme par la présente que toutes les informations fournies sont conformes à la vérité.

Protection des données

Toutes les données à caractère personnel sont traitées conformément à la législation en vigueur.

Dans la prévoyance professionnelle obligatoire, les dispositions relatives à la protection des données de la LPP s'appliquent (art. 85a ss LPP). Les dispositions de la LPD s'appliquent en complément. C'est la LPD qui s'applique à la prévoyance professionnelle uniquement subobligatoire (vous trouverez des informations à ce sujet, comme l'identité et les coordonnées des responsables, les finalités du traitement, etc. sous le mot-clé protection des données sur www.servisa.ch).