simple. clair. helvetia.
Votre assureur suisse

Adresse postale
Helvetia Assurances
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 oup. 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

Veuillez 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

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

Remarque: si votre contrat de prévoyance du personnel correspond à une fondation propre avec des prestations réassurées, nous avons besoin des documents suivants:

- certificat de prévoyance au début de l’incapacité de travail,
- procuration dûment complétée et signée par la personne assurée.

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

_____

Veuillez 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

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 surobligatoire (vous trouverez des informations à ce sujet, comme l'identité et les coordonnées des responsables, les finalités du traitement, etc. sur www.helvetia.ch/protectiondesdonnees).