

Annonce d'une incapacité de travail

Veuillez remplir en caractères d'imprimerie. Les formulaires dûment remplis vous épargnent, à vous comme à nous, du travail inutile.

 Pensionskasse (Caisse de pension) Vorsorgestiftung (Fondation de prévoyance)

Remarques sur les cas de prestations

► Délai d'attente pour l'exonération du paiement des cotisations selon le contrat d'affiliation.

1. Entreprise

Nom

N° de membre/de contrat

Personne de contact

 Entreprise Courtier

E-mail

N° de tél.

2. Personne assurée

Nom

Prénom

N° AVS

Etat civil

Date de naissance

Sexe

 h f

Rue, n°

NPA

Localité

E-mail

N° de tél.

Langue

 DE FR IT EN

Activité exercée

3. Cas d'assurance

Cause

 Accident Maladie Grossesse Pas d'assurance d'indemnités journalières Pas d'assurance d'indemnités journalières Diagnostic: Diagnostic:

Incapacité de gain depuis (date)

Nom de l'assureur d'indemnités journalières

Adresse

Numéro de référence

Nom de la personne de contact

N° de tél.



▼ Veuillez tenir compte de la page suivante.

Rapport de travail

Taux d'occupation avant l'incapacité de travail

- Le rapport de travail se poursuit
- Le rapport de travail a été résilié au

 **Veillez nous envoyer l'avis de sortie séparément si le rapport de travail a été résilié.**

Remarques

Procuration

Nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir la procuration signée par votre salarié/e. Avec la procuration, vous nous aidez à démarrer le traitement le plus rapidement possible. Si vous souhaitez que l'Asga demande la procuration ultérieurement, veuillez nous contacter.

- Procuration signée en annexe
- L'Asga doit demander la procuration ultérieurement (délai de traitement en fonction de la réception de la procuration)

 **Veillez joindre à ce formulaire les documents suivants:**

- ▶ Copies de la déclaration d'accident ou de maladie
- ▶ Copies d'éventuels décomptes de prestations et d'indemnités journalières d'assurances (LAA, IJM, etc.)
- ▶ Certificat médical, en l'absence d'assurance-maladie
- ▶ Procuration de la personne assurée

Localité

Date

Cachet et signature de l'entreprise



▶ Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli, signé et avec les documents requis à l'Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.

Procuration

Veuillez remplir en caractères d'imprimerie. Les formulaires dûment remplis vous épargnent, à vous comme à nous, du travail inutile.

1. Entreprise

Nom

N° de membre/de contrat

Procuration

a) Autres assureurs

En vue de déterminer et de vérifier le droits aux prestations, **l'assuré/e autorise**

Nom

Prénom

N° AVS

l'Asga Pensionskasse Genossenschaft à obtenir les renseignements nécessaires auprès de tous les assureurs publics et privés impliqués dans ce cas de prestations, tels que les caisses maladie, les assureurs maladie, les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie, les assureurs-accidents, les offices AI, les institutions de prévoyance, etc., et à consulter les dossiers pertinents (par exemple, les expertises médicales, les rapports d'autres institutions, tels que l'orientation professionnelle, etc.).

b) Médecins et autres prestataires médicaux

Le/la soussigné/e autorise **l'Asga Pensionskasse Genossenschaft** à obtenir les renseignements qu'elle juge nécessaires auprès des médecins et autres prestataires médicaux ainsi qu'auprès des hôpitaux, établissements de soins, etc. Les médecins et les institutions mentionnées sont par conséquent libérés sans réserve de l'obligation de garder le secret vis-à-vis de l'Asga Pensionskasse Genossenschaft.

c) Transmission des dossiers personnels

Le/la soussigné/e autorise également **l'Asga Pensionskasse Genossenschaft** à transmettre des documents, notamment des documents médicaux, relatifs à l'évolution de l'incapacité de travail à l'assurance-maladie/accidents compétente et à l'office AI, afin d'augmenter ainsi les chances de réinsertion dans la vie professionnelle. Toutefois, cette procédure ne remplace pas le dépôt d'une demande auprès de l'assurance-maladie/accidents et de l'AI. Celle-ci doit être effectuée par la personne assurée elle-même.

Par sa signature, le/la soussigné(e) donne procuration pour l'ensemble des points susmentionnés (a à c).

Numéro d'accident ou de sinistre

Adresse

NPA, localité

Localité

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal/désigné



► Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli, signé et avec les documents requis à l'Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.