

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° d'assurance sociale

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

i Veuillez 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)

i Veuillez 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/autorisation

Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie.

1. Société

Nom

N° de membre/de contrat

2. Assuré(e)

Nom

Prénom

N° d'assurance sociale

Date de naissance

Sexe

m f

Rue, n°

NPA

Lieu

3. Événement

Début de l'incapacité de travail

Motif

Maladie

Accident

Grossesse

Nom et adresse de l'assureur d'indemnités journalières

Numéro de référence

Le cas échéant Personne de contact

Médecin traitant (nom et adresse)

Remarque:

- Nous vous prions de bien vouloir remplir intégralement la procuration. Si la procuration est incomplète et que nous ne pouvons dès lors pas obtenir toutes les informations nécessaires, nous examinerons le cas de prestations sur la base des documents en notre possession, ce qui peut entraîner une décision retardée ou défavorable à votre égard.

4. Traitement des données

L'Asga opérant en Suisse (Asga Pensionskasse/Asga Vorsorgestiftung) est autorisée à traiter les données. La personne soussignée autorise l'Asga à traiter toutes les informations requises en lien avec la vérification du droit aux prestations, le traitement de la prestation, la vérification et la mise en œuvre du droit de recours, ainsi que la réinsertion dans la vie professionnelle.

▼ Veuillez tenir compte de la page suivante.



5. Collecte d'informations

Dans le cadre de la vérification de votre obligation de fournir des prestations, l'Asga est autorisée à recueillir des informations et des documents relatifs à l'évènement mentionné, auprès de l'assureur d'indemnités journalières et du médecin désignés ci-dessus, ainsi que de leur personnel.

6. Levée de confidentialité

Les personnes et institutions mentionnées ci-dessus sont libérées de leur obligation de confidentialité.

7. Transmission des dossiers personnels

La personne soussignée autorise également l'Asga 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.

8. Aucun échange automatique de données

Aucun échange de données n'est automatisé. L'Asga n'est pas tenue de procéder systématiquement à des clarifications auprès de tiers ou de transmettre spontanément des informations. Cela vaut également au sein de l'Asga. Les données ne sont transmises que dans un but précis et sur demande spécifique.

9. Informations conformes à la vérité

Cette autorisation ne dispense pas la personne soussignée de l'obligation de fournir des informations véridiques et complètes. Ce consentement ne la dispense pas non plus de l'obligation de faire valoir, dans les règles de l'art, ses droits à prestations auprès des institutions concernées.

10. Période de validité

Cette procuration/autorisation est uniquement valable pour l'évènement mentionné au point 3.

11. Confidentialité

L'Asga s'engage à traiter les informations de manière confidentielle et conforme à leur finalité.

12. Mode de transmission/échange d'informations par e-mail

Les échanges par e-mail s'effectuent généralement via des réseaux de données peu sécurisés. Il existe donc un risque que des personnes non autorisées puissent consulter, voire modifier, les informations échangées ainsi que l'adresse e-mail de l'expéditeur.

La personne soussignée est consciente des risques liés à la communication par e-mail. Elle accepte expressément que l'Asga lui transmette, ainsi qu'aux tiers concernés mentionnés sous la rubrique «Collecte d'informations», des informations par e-mail.

Vous trouverez des informations sur la protection des données sur notre site Internet: <https://www.apgsga.ch/fr/protection-des-donnees/>

Lieu

Date

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



► Veuillez adresser ce formulaire rempli, signé et accompagné des documents requis à Asga, case postale, 9001 Saint-Gall.