

# Annnonce d'incapacité de travail de plus de 3 mois



CIEPP

Caisse Inter-Entreprises de Prévoyance Professionnelle

ZKBV - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge  
CIPP - Cassa Interaziendale di Previdenza Professionale

Affilié n°: \_\_\_\_\_ Nom de l'employeur: \_\_\_\_\_

## DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
N° AVS : 756.	Date de naissance (jj/mm/aaaa): _____ Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse privée:	NPA et localité: _____
Téléphone:	E-mail: _____
Date de début des rapports de travail (jj/mm/aaaa): _____	
L'assuré était-il en pleine capacité de travail au moment où ont débuté les rapports de travail: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Date de début d'assujettissement à la CIEPP (jj/mm/aaaa): _____	
L'assuré était-il en pleine capacité de travail à la date d'entrée à la CIEPP: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Taux d'activité avant l'incapacité de travail: _____ %	

## DONNÉES SUR L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET LA SITUATION PROFESSIONNELLE DE L'ASSURÉ(E)

Date de début de l'incapacité de travail (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Cause:  maladie  accident En cas de grossesse, date prévue de la naissance (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Degré et durée de l'incapacité: \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Joindre une copie des certificats médicaux couvrant toutes les périodes d'incapacité annoncées ci-dessus.

S'agit-il d'une rechute?  non  oui, date du début de la 1<sup>ère</sup> incapacité de travail (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin traitant: \_\_\_\_\_

Assureur perte de gain:  non  oui, nom et adresse: \_\_\_\_\_

Date prévue de la reprise de l'activité (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Une annonce auprès de l'assurance invalidité fédérale a-t-elle eu lieu?  non  oui, en date du (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Une réadaptation est-elle prévue?  non  oui

Le contrat de travail a-t-il été résilié?  non  oui, au (jj/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Timbre et signature de l'employeur: \_\_\_\_\_

Le soussigné certifie que les indications ci-dessus sont complètes et exactes. Il confirme également avoir autorisé pour signer le présent document et assume les conséquences de la transmission éventuelle d'informations erronées.

### Procuration de l'assuré:

La personne assurée autorise expressément la CIEPP – Caisse Inter-Entreprises de Prévoyance Professionnelle à se procurer les documents nécessaires auprès de tous les organismes d'assurance de droit public et de droit privé impliqués dans ce cas de prestation en tant que caisses-maladie, assureurs maladie, assureurs indemnités journalières en cas de maladie, assureurs accidents, offices AI, institutions de prévoyance, etc., et en particulier de consulter les dossiers médicaux personnels de l'assuré (par exemple: expertises médicales et rapports d'autres institutions comme l'orientation professionnelle).

De par la signature figurant ci-après, la CIEPP est également habilitée à se procurer les renseignements qui lui paraissent nécessaires auprès des médecins et autres prestataires de services médicaux ainsi qu'auprès des hôpitaux, des établissements de santé, employeurs, etc. De ce fait, les médecins, les institutions précitées et les employeurs sont ainsi déliés sans réserve de l'observation du secret professionnel vis-à-vis de la CIEPP.

En outre, le/la soussigné(e) autorise la CIEPP à transmettre à l'office AI compétent des documents relatifs à l'évolution de l'incapacité de travail, en particulier des documents médicaux afin d'augmenter sa chance de réinsertion dans la vie professionnelle. Toutefois, la présente procédure ne remplace pas le dépôt de la demande AI qui doit être effectuée par la personne assurée elle-même.

De par sa signature figurant ci-après, le/la soussigné(e) accorde la procuration précitée dans toute son ampleur.

Lieu et date: \_\_\_\_\_

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

Agences

Bulle	Rue Condémine 56	T 026 919 87 40
Fribourg	Rue de l'Hôpital 15	T 026 350 33 45
Neuchâtel	Av. du 1 <sup>er</sup> Mars 18	T 032 727 37 00
Porrentruy	Ch. de la Perche 2	T 032 465 15 80

Siège de l'administration de la Caisse  
Rue de Saint-Jean 67 – CP 5278 – 1211 Genève 11  
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch