



Ce formulaire doit parvenir à la CPPVF dans les plus brefs délais dès qu'une incapacité de travail partielle ou totale dépasse le délai d'attente prévu dans le plan de prévoyance.

Employeur

Nom :

Contrat no : Personne de contact :

Téléphone : E-mail :

Personne assurée

Nom, prénom : Dossier no :

Date de naissance : AVS no :

Etat civil :

Rue :

NPA, localité :

Pays :

Téléphone : E-mail privé :

Incapacité de travail

Date d'entrée dans l'entreprise : Taux d'occupation avant l'IT : %

En cas d'emploi partiel, raison ? ☐ raison de santé ☐ impératifs d'exploitation
☐ autre :

Date de début de l'incapacité de travail : Degré d'incapacité : %

Si le degré d'incapacité a évolué, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Période d'incapacité de travail

Degré d'incapacité de travail

du	au	 %
du	au	 %
du	au	 %
du	au	 %
du	au	 %
du	au	 %

L'incapacité de travail est due à : ☐ une maladie

☐ un accident

☐ une grossesse, quelle est la situation de l'employée :

☐ a déjà accouché en date du

☐ n'a pas encore accouché, date prévue



Rapport de travail

Les rapports de travail ont-ils pris fin ? ☐ oui ☐ non

Si oui : par qui ?
pour quelle date ?
pour quelle raison ?

Dernier jour de travail avant l'incapacité de travail : le

Profession/formation de la personne assurée :

Est-ce que la personne assurée perçoit toujours un salaire ? ☐ oui ☐ non

Si non, jusqu'à quelle date lui a-t-on versé son salaire :

Salaire annuel* brut (soumis à l'AVS) lors de la survenance de l'incapacité : CHF/an
*en cas de rétribution irrégulière, moyenne des salaires des 12 derniers mois.

La personne assurée a-t-elle plusieurs employeurs ? ☐ oui ☐ non
Si, oui coordonnées des autres employeurs ?
.....
.....

Annonce/demande auprès d'autres assureurs

Une annonce auprès de l'assurance invalidité fédérale a-t-elle eu lieu (détection précoce) ? ☐ oui ☐ non

Si oui, par qui ?

*joindre une copie de l'annonce de détection précoce disponible sous www.ahv-iv.ch/p/001.100.f

Une demande a eu lieu auprès de :

- ☐ l'assurance invalidité (AI)
- ☐ l'assurance maladie d'indemnités journalière*
*joindre la copie de l'annonce et d'éventuelles décomptes d'indemnités journalières
- ☐ l'assurance accidents (AA)*
*joindre une copie de la feuille accident LAA
- ☐ l'assurance militaire fédérale

Sans les annexes mentionnées ci-dessous, le traitement du dossier ne pourra pas être effectué.

Nous vous remercions dès lors de joindre à ce formulaire :

- les copies des certificats médicaux
- les copies des annonces et des éventuels décomptes de prestations des assurances (LAA, APG, etc.)

La personne assurée doit nous transmettre une procuration. Si possible, veuillez nous la transmettre avec le présent formulaire. Sinon, nous prendrons directement contact avec la personne assurée.

La CPPVF se réserve le droit de reporter sa décision de libération du paiement des primes et d'octroi de rentes tant que ce questionnaire ne lui sera pas retourné dûment complété, daté et signé.

.....
Lieu et date

.....
Timbre et signature de l'employeur

Dans le cadre de l'incapacité de travail
entre

Dossier no

ci-après la personne assurée,

et

la Caisse de prévoyance du personnel de la Ville de Fribourg

ci-après la Caisse.

a) Autres assureurs

Afin de déterminer les droits et d'examiner les prétentions aux prestations de la personne assurée, le/la soussigné(e) autorise expressément la Caisse 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, assureur maladie, assureurs indemnités journalières en cas de maladie, assureurs accidents, offices AI, institutions de prévoyance, etc. et, en particulier, de consulter les dossiers pertinents (par ex. expertises médicales et rapports d'autres institutions comme l'orientation professionnelle).

b) Médecins et autres prestataires de services médicaux

De par la signature figurant ci-après, la Caisse 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, etc. De ce fait, les médecins et les institutions précitées sont ainsi déliés sans réserve de l'observation du secret professionnel envers la Caisse.

c) Transmission de son propre dossier

En outre, la personne assurée autorise la Caisse 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 la demande AI qui doit être effectuée par la personne assurée elle-même.

Nom et prénom
de la personne assurée

AVS no

Date de naissance

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

.....
Lieu et date

Signature de la personne assurée
ou de son représentant légal

Ce formulaire peut nous être retourné via votre Espace personnel. Si la légalisation des signatures est nécessaire, celle-ci doit être effectuée avant l'envoi du formulaire.

