



## Avis concernant l'incapacité de travail

L'employeur doit faire parvenir le formulaire à la CPB 3 à 6 mois après le début de l'incapacité de travail. Un **décompte des indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident** est à joindre au formulaire.

### Personne assurée

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
NSS \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

### Employeur

Nom de l'institution \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

### Incapacité de travail

Malade depuis le \_\_\_\_\_ Degré d'occupation (selon contrat de travail) \_\_\_\_\_ %  
Joindre le décompte actuel des indemnités journalières

Accident du \_\_\_\_\_ Degré d'occupation (actuellement) \_\_\_\_\_ %  
Joindre l'annonce de l'accident

### Assurance-maladie / assurance-accidents

Nom et personne de contact \_\_\_\_\_  
N° de police \_\_\_\_\_ Téléphone / E-mail \_\_\_\_\_  
Fin estimée des prestations destinées à remplacer le salaire \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Demande effectuée à l'AI fédérale  Oui  Non \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Dissolution du rapport de travail  Oui  Non \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ Rempli par \_\_\_\_\_

Veuillez envoyer le formulaire dûment complété à : [mutationen@bpk.ch](mailto:mutationen@bpk.ch)



Caisse de pension bernoise (CPB)  
Schläflistrasse 17  
Case postale  
3000 Berne 22

### Procuration de la personne assurée

Par la présente le mandant / la mandante

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

NSS \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

donne procuration à la Caisse de pension bernoise (CPB) pour obtenir tous les renseignements et documents nécessaires permettant de clarifier les prestations auprès des assurances sociales (AI, assurance-accidents, prévoyance professionnelle LPP, assurance militaire, assurance d'indemnités journalières, etc.).

Adresse de contact du représentant légal, curateur, service social, etc.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu, date

Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_