

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



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
