|  |  |
| --- | --- |
| Direction et office  Adresse  Expéditeur personnel | Office du personnel du canton de Berne, Münstergasse 45, 3011 Berne |
| Destinataire |
|  |
| Notre référence :  Votre référence : référence | Lieu, le Sélectionner la date |

Information sur l’assistance dont vous bénéficiez pendant votre absence

Madame, / Monsieur, (selon le cas)

Par cette lettre, nous vous informons au sujet de l’assistance que vous fournissent votre employeur et les assurances pendant votre absence.

**Collaboration entre votre employeur et vous**

* Pendant votre absence, vous bénéficiez de l’accompagnement de votre supérieure et des personnes de contact des RH (spécialiste RH) et de la gestion de la réintégration en entreprise (conseiller·ère GRE) mentionnées.
* Si vous avez des questions, vous pouvez les adresser aux personnes de contact mentionnées.
* Nous discutons de votre situation avec vous et, si cela s’avère utile, envisageons des mesures de réintégration professionnelle.

**Collaboration avec les médecins et les assurances**

* Pour que nous puissions vous fournir une assistance globale correspondant à votre situation, il est important que nous échangions par exemple avec les médecins traitants, l'assurance-accidents (Visana, SUVA) et l'assurance sociale de votre canton de résidence.
* En fonction de votre état de santé, l'office AI de votre canton de résidence nous soutient en nous offrant des prestations de conseil et/ou des moyens auxiliaires.

Nous nous procurons exclusivement des informations qui sont importantes pour votre réintégration au travail. L'autorisation ne s’applique qu’aux clarifications concernant la situation actuelle et peut être révoquée à tout moment par écrit. Elle expire automatiquement 3 mois après la clôture du cas de réintégration.

**Certificat médical**

Nous vous prions d'envoyer un certificat médical actuel à votre supérieur·e par courriel ou par courrier postal.

**Protection des données**

Toutes les informations relatives à votre état de santé sont des données particulièrement dignes de protection et sont de ce fait traitées avec le plus grand soin.

Si nécessaire, l'assurance vous enverra à signer une procuration lui permettant de recueillir les informations nécessaires pour vous apporter la meilleure assistance possible.

Vous trouverez en annexe le formulaire Autorisation d’échange d’informations, que nous vous prions de nous retourner signé. N'hésitez pas à vous adresser à votre spécialiste RH si vous avez des questions. Nous vous prions de faire tout ce qui est en votre pouvoir pour favoriser votre guérison et vous souhaitons un bon rétablissement!

Veuillez agréer, Madame, / Monsieur, (selon le cas) nos salutations les meilleures.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Unité administrative  Nom prénom  Fonction |

Annexe

* Autorisation d'échange d'informations
* Enveloppe-réponse