

Déclaration d'incapacité de travail (à remplir par l'employeur)

Employeur _____ Contrat n° _____

Données de la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

Rue _____ NPA/Localité _____

Téléphone _____ Date de naissance _____

Etat civil _____ Date d'état civil _____

Données sur l'incapacité de travail (IT)

Entrée à l'entreprise _____ Début de l'IT (date exacte) _____

Degré d'IT _____ % Degré d'occupation (DO) avant IT _____ %

Si temps partiel, indiquer le motif

 raison de santé raison interne à l'entreprise raison personnelle autre _____

DO après survenue de l'incapacité de travail _____ %

Salaire brut annuel au début de l'IT CHF _____

Y-a-t-il une invalidité issue d'une relation de prévoyance précédente? oui non

Si oui, degré AI _____ % Début du droit _____

Avez-vous perçu des prestations pour IT ou invalidité d'une caisse de pension? oui non

Si oui, lesquelles? _____

*Joindre copies des documents SVP***Déclaration à un tiers assureur – Déclaration effectuée auprès de:**L'Assurance-maladie collective le _____ l'Assurance-invalidité féd. le _____
Joindre copies des décomptes d'indemnités journalières *Joindre copie de l'inscription*L'Assurance-accident (LAA) le _____ l'Assurance militaire féd. le _____
Joindre copies des décomptes d'indemnités journalières *Joindre copie de l'inscription*

Détection précoce auprès de l'AI le _____

Contact assurance-maladie collective/assurance-accident

Nom de l'assurance _____ Rue _____

Numéro de police _____ NPA/Lieu _____

Motif de l'incapacité de travail (nature de la maladie/nature de la blessure en cas d'accident)

Indications sur le rapport de travailSi le rapport de travail a été résilié, par qui? Employé Employeur

Pour quelles raisons? _____

Dernier jour de travail effectif avant l'incapacité de travail le _____

La personne assurée reste-t-elle employée chez vous? oui non

Formation/profession apprise par la personne assurée _____

Brève description de l'activité exercée avant la survenue de l'incapacité de travail:

Nature de l'occupation après la survenue de l'incapacité de travail:

_____ depuis _____

Remarques

Documents

Veuillez joindre les documents suivants:

- Copies des éventuels décomptes d'indemnités journalières
- Copies des éventuels certificats médicaux
- Copie de la déclaration à l'AI

Lieu/date _____

Cachet/signature de l'employeur _____