

Déclaration d'incapacité de travail

Employeur

Entreprise:	Contrat n°:
Rue, n°:	NPA, lieu:
Interlocuteur:	Téléphone:

Personne assurée

Prénom:	Nom:
Rue, n°:	NPA, lieu:
Date de naissance:	N° AVS:
Sexe: ☐ f ☐ m	Langue de correspondance: ☐ de ☐ fr ☐ it

Incapacité de travail (IT)

Entrée dans l'entreprise:	Début de l'IT (date exacte):	
Existait-il une invalidité relevant d'un rapport de prévoyance antérieur? ☐ oui ☐ non		
Si oui, degré AI: %	Début du droit (date exacte):	
Des prestations d'une caisse de pension ont-elles été perçues suite à une IT et/ou AI? ☐ oui ☐ non		
Si oui, lesquelles? (Joindre copies du dossier):		
Taux d'occupation (TO) avant IT: %	Salaire brut annuel au début de l'IT en CHF:	
Si temps partiel, indiquer le motif: ☐ raisons de santé ☐ raisons liées à l'entreprise ☐ autre:		
TO après survenue de l'incapacité de travail partielle: %		
Annonce à un assureur tiers, demande effectuée auprès de:		
Assurance-maladie collective	le	Joindre copies décomptes d'indemnités journ.
Assurance-accidents	le	Joindre copies décomptes d'indemnités journ.
Assurance-invalidité fédérale	le	
Assurance militaire fédérale	le	
Contact assurance-maladie collective / assurance-accidents:		Joindre copie de l'inscription
Nom de l'assurance:	Police n°:	
Rue, n°:	NPA, lieu:	
Raison de l'incapacité de travail (nature de la maladie / nature de la blessure en cas d'accident)?		

Personne assurée

Prénom: _____ Nom: _____
_____ Contrat n°: _____

Contrat de travail

Si le contrat de travail a été résilié: _____
Par qui? _____
Pour quand? _____
Pour quelles raisons? _____
Dernier jour de travail effectif avant l'incapacité de travail: _____
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 survenance de l'atteinte à la santé: _____
_____ depuis _____

Case Management

Y a-t-il des possibilités de changement de poste de travail au sein de votre entreprise? ☐ oui ☐ non
Si oui: ont-elles déjà été examinées en interne? ☐ oui ☐ non
Vous intéressez-vous à cet égard à une assistance par des spécialistes? ☐ oui ☐ non
Un Case Manager d'une autre assurance est-il déjà impliqué? ☐ oui ☐ non
Si oui, veuillez indiquer le nom de l'assurance et du Case Manager: _____

Remarques: _____

Veuillez joindre les documents complémentaires suivants: copies des éventuels décomptes d'indemnités journalières, déclaration à l'assurance-maladie/assurance-accidents, dossier A

Lieu, date: _____ Cachet et signature de l'employeur: _____

Le formulaire doit être envoyé sans délai avec la mention «Confidentiel» à