

DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

INDICATIONS SUR L'EMPLOYEUR

ENTREPRISE	INTERLOCUTEUR
RUE	NPA / LIEU
N° DE TÉL.	E-MAIL

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISS.	N° D'ASS. SOC.

INDICATIONS SUR L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (IT)

MOTIF DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (NATURE DE LA MALADIE / DE LA BLESSURE EN CAS D'ACCIDENT)

DÉBUT IT DERNIER JOUR DE TRAVAIL EFFECTIF AVANT L'IT

SI TEMPS PARTIEL INDICHER LE MOTIF RAISONS OPÉRATIONELLES RAISONS DE SANTÉ AUTRE

DEGRÉE D'OCCUPATION AVANT L'IT APRÈS L'IT PARTIELLE

INDICATIONS SUR LE CONTRAT DE TRAVAIL

ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE ACTIVITÉ EXERCÉE AVANT IT:

FORMATION / PROFESSION APPRISE DE LA PERSONNE ASSURÉE

LE CONTRAT DE TRAVAIL EST/SERA RÉSILIÉ OUI NON SI OUI, PAR EMPLOYEUR EMPLOYÉ(E)

POUR QUELLE DATE MOTIF:

Y A-T-IL DES POSSIBILITÉS DE REMPLACEMENT AU SEIN DE VOTRE ENTREPRISE? OUI NON

SI OUI, ONT-ELLES DÉJÀ ÉTÉ EXAMINÉES EN INTERNE? OUI NON

SOUHAITEZ-VOUS UN SOUTIEN PAR DES SPÉCIALISTES? OUI NON

UN CASE MANAGER D'UNE AUTRE ASSURANCE EST-IL DÉJÀ IMPLIQUÉ? OUI NON

SI OUI, VEUILLEZ INDICHER L'ASSURANCE EN QUESTION ET LE NOM DU CASE MANAGER

ANNONCE À D'AUTRES ASSURANCES

ASSURANCE MALADIE COLLECTIVE (IJM)	ASSURANCE ACCIDENT (LAA)
ANNONCE DÉTECTION PRÉCOCE AI	ASSURANCE INVALIDITÉ

CONTACT ASSURANCE-MALADIE COLLECTIVE / ASSURANCE-ACCIDENT

NOM DE L'ASSURANCE	NUMÉRO DE POLICE
RUE	NPA / LIEU

REMARQUES

LA PERSONNE ASSURÉE EST TENUE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS DE MANIÈRE COMPLÈTE ET VÉ-RIDIQUE. LES DÉCLARATIONS TARDIVES, MENSONGÈRES OU INCOMPLÈTES PEUVENT ENTRAÎNER UNE RÉDUCTION OU UN REFUS DE PRESTATIONS.

LIEU, DATE:

VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS
DÉCOMPTES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

SIGNATURE _____

LE FORMULAIRE EST À RETOURNER SANS DÉLAI PAR
COURRIER CONFIDENTIEL À

ALVOSO PENSIONSKASSE
ZÜRCHERSTRASSE 104, 8952 SCHLIEREN