



Employeur: _____
Personne assurée: _____
Personne assurée: _____
Tél. de la personne
assurée: _____
(pour d'éventuelles questions)

N° d'affiliation: _____

N° d'affiliation: _____

Annonce d'incapacité de travail

(Veuillez remplir ce formulaire électroniquement ou lisiblement en caractères d'imprimerie et le signer)

Informations sur l'incapacité de travail

Début: _____ Degré d'incapacité de travail au début: _____%

Cause: Maladie Accident ou maladie professionnelle

Modifications du degré
d'incapacité de travail: de: _____ jusqu'au: _____%

de: _____ à: _____%

Veuillez joindre des copies des certificats médicaux!

L'AI fédérale a-t-elle été avisée de la détection précoce? oui non

Annonce le: _____

Annonce faite par: _____

Nom de l'office AI: _____

L'incapacité de travail a-t-elle été signalée à d'autres organismes d'assurance? oui non

à l'AI fédérale Annonce le: _____ Prestations reconnues:
à _____% depuis le _____

à l'AM fédérale _____ à _____% depuis le _____

à l'assurance-accidents
obligatoire (LAA) _____ à _____% depuis le _____

à un assureur social étranger _____ à _____% depuis le _____

à l'assurance
d'indemnités journalières _____ à _____% depuis le _____

Nom de l'assurance: _____ N° de contrat: _____

Veuillez joindre des copies des décisions et décomptes d'indemnités journalières depuis le début de l'incapacité de travail!



Le contrat de travail a-t-il été résilié?

oui non

Si oui: départ le (= fin du contrat de travail): _____

L'employeur confirme, que lors de la dissolution des rapports de travail, les dispositions du contrat de travail et les dispositions impératives du droit du travail (par ex. art. 336c CO) ont été respectées.

Procuration

La personne assurée autorise tous les particuliers, entreprises, offices, médecins, avocats, assureurs privés, assureurs responsabilité civile, organismes d'assurance sociale et autorités compétentes en matière d'aide sociale pouvant donner des indications pertinentes pour le traitement du cas de prestation à communiquer des informations.

Localité _____ Date _____ Signature de la personne assurée _____

Localité _____ Date _____ Timbre et signature de l'employeur _____