

Déclaration d'incapacité de travail pour l'employeur Prévoyance professionnelle

Employeur N° contrat.
N° assuré

Contact

Prénom Nom
N° téléphone E-mail

Données sur la personne assurée

Prénom État civil célibataire marié(e)
Nom en partenariat enregistré
Rue/n° divorcé(e) veuf/veuve
NPA/localité Entrée en fonction
Date de naissance Degré d'occupation %
N° d'assurance sociale (N° AVS) Salaire annuel CHF
Autorisation de séjour A B C Autres: Soumis à l'impôt à la source Oui Non

Informations sur l'activité professionnelle exercée avant la survenance de l'incapacité de travail

1. Fonction et description de l'activité professionnelle

2. Le rapport de travail est-il maintenu? Oui Non

Si non, le rapport de travail a-t-il été résilié à la suite de l'incapacité de travail? Oui Non

Résiliation au

Fin de l'obligation de l'employeur de verser le salaire au

3. La personne assurée exerce-t-elle une activité auprès d'autres employeurs? Oui Non

Employeur: nom

Adresse



.....

Informations sur l'incapacité de travail

4. Motif de l'incapacité de travail

Maladie Maladie professionnelle Accident

Depuis quand l'incapacité de travail existe-t-elle?

Degré et durée de l'incapacité de travail

	du	au
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Des prestations de l'assurance collective d'indemnités journalières de maladie ou de l'assureur accidents sont-elles versées?

Oui Non

Assurance collective d'indemnités journalières de maladie (IJM)

Assureur accidents (SUVA ou autres)

Nom

Nom

NPA/localité

NPA/localité

N° sinistre

N° sinistre

Indemnité journalière

%

depuis

Indemnité journalière

%

depuis

Rente

%

depuis

6. Une annonce de détection précoce auprès de l'assurance invalidité (AI) a-t-elle eu lieu?

Oui Non

Veillez joindre les copies des décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident.

Des mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance invalidité (AI) ont-elles été prescrites?

Oui Non

Si oui, nature des mesures

du

au

7. Une demande de prestations a-t-elle été déposée auprès de l'assurance invalidité (AI)?

Oui Non

Des prestations de l'assurance invalidité (AI) sont-elles versées?

Oui Non

Indemnité journalière

%

depuis

Rente

%

depuis

8. La personne assurée peut-elle exercer une autre activité dans votre entreprise?

Oui Non

Description de l'activité professionnelle

Date de début

Degré d'occupation

%

Salaire annuel

CHF



9. Une reprise du travail est-elle envisageable ou a-t-elle déjà eu lieu?

Oui Non

Si oui

à partir de quelle date / depuis

%

Remarques

Documents à soumettre

Veillez joindre les documents suivants:

- Rapports médicaux, certificats médicaux, fiches d'accident
- Décomptes d'indemnités journalières de maladie ou d'accident
- Annonce AI
- Décisions et/ou ordonnances de sociétés d'assurances nationales ou étrangères
- Copie de la lettre de résiliation ou de la confirmation de résiliation

Signature

Par votre signature, vous confirmez l'exhaustivité et l'exactitude des données fournies.

Lieu/date

Signature
Employeur

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

