

## 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 travail

Si 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