

Avis d'incapacité de travail

Veillez nous déclarer toutes les incapacités de travail qui dureront **(probablement) plus de 90 jours**. La déclaration doit avoir lieu le plus tôt possible afin que notre réassureur puisse réclamer dans les délais auprès des assurances concernées les documents requis et les vérifier.

1. Personne assurée

Entreprise

| | | | |
|-------------------|------------------------|---------------------|------------|
| Monsieur | | Madame | |
| Nom | | Prénom | |
| Rue | | | |
| NPA, lieu, pays | | | |
| Date de naissance | | N° d'AS 756. | |
| N° de tél. | | E-mail | |
| État civil | célibataire | marié/e | divorcé/e |
| | partenariat enregistré | partenariat dissous | veuf/veuve |
| Obligation | oui | | non |

2. Renseignements sur les rapports de travail

Début des rapports de travail

Taux d'occupation (%)

Salaire annuel AVS au début de l'incapacité de travail (salaire mensuel x12 ou x13) CHF

Existence d'une assurance indemnités journalières en cas de maladie par l'entreprise ?

| | |
|-----|-----|
| oui | non |
|-----|-----|

Les rapports de travail avec l'entreprise ont-ils ou vont-ils prendre fin ?

| | |
|-----|-----|
| oui | non |
|-----|-----|

➔ Si oui : à quelle date

En cas de départ, veuillez nous envoyer également l'« Avis de sortie ». Un départ définitif de la caisse de pension ne peut avoir lieu que lorsque la personne assurée est de nouveau apte au travail ou lorsque l'AI fédérale a rendu sa décision.

3. Renseignements sur l'incapacité de travail

| | | | | | |
|-------|---------|----------|--------------|-------------------------|-----------|
| Cause | Maladie | Accident | Indéterminée | Maladie professionnelle | Maternité |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---------|--------|
| Nom | Prénom |
| N° d'AS | 756. |

Déroulement de l'incapacité de travail jusqu'à présent

du _____ au _____ Incapacité de travail en % _____ Médecin traitant (nom, adresse) _____

4. Renseignements sur les assurances concernées

Veillez nous indiquer le nom et, le cas échéant, le numéro de sinistre de toutes les assurances concernées.

Assurance-accidents

➔ Veuillez fournir une copie de l'inscription à l'assurance indemnités journalières en cas d'accident.

Assurance indemnités journalières en cas de maladie

➔ Veuillez fournir une copie de l'inscription à l'assurance indemnités journalières en cas de maladie.

Assurance militaire

Assurance invalidité fédérale

L'inscription a eu lieu le _____

Office AI compétent : _____

➔ Veuillez fournir une copie de l'inscription à l'assurance-invalidité fédérale.

Autres (p. ex. assurances étrangères)

➔ Veuillez fournir une copie de l'inscription.

5. Procuration/autorisation de la personne assurée

Afin que notre réassureur puisse réaliser les clarifications nécessaires, il a besoin d'une procuration/autorisation de la personne assurée.

Nous vous prions de bien vouloir déjà remplir la procuration/l'autorisation et de nous la renvoyer signée avec le présent formulaire. Si cela n'est pas possible, nous demanderons la procuration/l'autorisation directement à la personne assurée.

| Nom | Prénom |
|---------|--------|
| N° d'AS | 756. |

6. Documents et annexes

Afin de pouvoir déclarer l'incapacité de travail auprès du réassureur, nous avons besoin d'une copie des documents suivants. **Veillez cocher les documents que vous envoyez :**

Tous les certificats médicaux jusqu'à présent

Inscription auprès de l'assurance-accidents ou de l'assurance indemnités journalières en cas de

Tous les décomptes d'indemnités journalières jusqu'à présent

Éventuelle inscription auprès de l'assurance-invalidité fédérale

Avis / décision d'autres compagnies d'assurance le cas échéant

Procuration/autorisation signée par la personne assurée

Veillez noter qu'un avis incomplet ralentit le processus de traitement et peut prolonger les délais d'attente, p. ex. pour les exonérations de cotisation. Merci de vouloir envoyer avec le présent avis tous les documents disponibles et nous transmettre à l'avenir aussi rapidement que possible toute copie de nouveaux certificats médicaux, décomptes d'indemnités journalières, etc.

Remarques

Lieu, date

Timbre et signature de l'entreprise