



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 de manière lisible en lettres majuscules ou à la machine à écrire et nous le retourner dûment complété et signé)

### 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

	Annonce le:	Prestations reconnues:
<input type="checkbox"/> à l'AI fédérale	_____	à _____ % depuis le _____
<input type="checkbox"/> à l'AM fédérale	_____	à _____ % depuis le _____
<input type="checkbox"/> à l'assurance-accidents obligatoire (LAA)	_____	à _____ % depuis le _____
<input type="checkbox"/> à un assureur social étranger	_____	à _____ % depuis le _____
<input type="checkbox"/> 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



Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Fondation institution supplétive LPP  
Fondazione istituto collettore LPP

**Confidentiel**

Fondation institution supplétive LPP  
Prévoyance LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Case postale  
8050 Zurich

**Confidentiel**

Fondation institution supplétive LPP  
Prévoyance LPP  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Case postale  
8050 Zurich

Nous vous remercions de joindre cette page de garde aux documents que vous nous renvoyez.

Veillez nous renvoyer vos documents sans les relier (pas de trombones, d'agrafes ni de scotch).

