



Employeur: \_\_\_\_\_  
Personne assurée: \_\_\_\_\_

N° d'affiliation: \_\_\_\_\_  
N° d'assuré: \_\_\_\_\_

## **Annonce d'incapacité de travail**

(Veuillez remplir ce formulaire de manière lisible en lettres majuscules et nous l'adresser 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: \_\_\_\_\_ %  
de: \_\_\_\_\_ à: \_\_\_\_\_ %

Médecins traitants, hôpitaux: (Indiquer le nom, l'adresse et, pour les hôpitaux, le médecin ou le service)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veuillez joindre des copies des certificats et des rapports 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 indemnités journalières	_____	à _____ % depuis _____ le _____



Nom de l'assurance: \_\_\_\_\_ N° de  
contrat: \_\_\_\_\_

Veillez 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