



=> Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé ainsi que tous les documents nécessaires à:

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance LPP
Case postale 660
1001 Lausanne

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 21 340 63 33
Fax +41 21 340 63 29
Heures de réception Lun - Ven
08:00 - 11:30/13:30 - 16:30

Employeur: _____
Personne assurée: _____
Personne assurée: _____
Tél. de la personne
assurée: _____
(pour d'éventuelles questions)

N° d'affiliation: _____

N° d'affiliation: _____

Annnonce 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