UWPSAMMELSTIFTUNG
FÜR BERUFLICHE VORSORGE

DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

INDICATIONS SUR L'EMPLOYEUR

ENTREPRISE _____ INTERLOCUTEUR _____

RUE _____ NPA / LIEU _____

N° DE TÉL. _____ E-MAIL _____

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISS. _____ N° D'ASS. SOC. _____

INDICATIONS SUR L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (IT)

MOTIF DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (NATURE DE LA MALADIE / DE LA BLESSURE EN CAS D'ACCIDENT) _____

DÉBUT IT _____ DERNIER JOUR DE TRAVAIL EFFECTIF AVANT L'IT _____

SI TEMPS PARTIEL INDIQUER LE MOTIF ◯ RAISONS OPÉRATIONELLES ◯ RAISONS DE SANTÉ ◯ AUTRE _____

DEGRÉE D'OCCUPATION AVANT L'IT _____ APRÈS L'IT PARTIELLE _____

INDICATIONS SUR LE CONTRAT DE TRAVAIL

ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE _____ ACTIVITÉ EXERCÉE AVANT IT: _____

FORMATION / PROFESSION APPRISE DE LA PERSONNE ASSURÉE _____

LE CONTRAT DE TRAVAIL EST/SERA RÉSILIÉ ◯ OUI ◯ NON SI OUI, PAR ◯ EMPLOYEUR ◯ EMPLOYÉ(E)

POUR QUELLE DATE _____ MOTIF: _____

Y A-T-IL DES POSSIBILITÉS DE REPLACEMENT AU SEIN DE VOTRE ENTREPRISE? ◯ OUI ◯ NON

SI OUI, ONT-ELLES DÉJÀ ÉTÉ EXAMINÉES EN INTERNE? ◯ OUI ◯ NON

SOUHAITEZ-VOUS UN SOUTIEN PAR DES SPÉCIALISTES? ◯ OUI ◯ NON

UN CASE MANAGER D'UNE AUTRE ASSURANCE EST-IL DÉJÀ IMPLIQUÉ? ◯ OUI ◯ NON

SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER L'ASSURANCE EN QUESTION ET LE NOM DU CASE MANAGER _____

ANNONCE À D'AUTRES ASSURANCES

ASSURANCE MALADIE COLLECTIVE (IJM) _____ ASSURANCE ACCIDENT (LAA) _____

ANNONCE DÉTECTION PRÉCOCE AI _____ ASSURANCE INVALIDITÉ _____

CONTACT ASSURANCE-MALADIE COLLECTIVE / ASSURANCE-ACCIDENT

NOM DE L'ASSURANCE _____ NUMÉRO DE POLICE _____

RUE _____ NPA / LIEU _____

REMARQUES

LA PERSONNE ASSURÉE EST TENUE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS DE MANIÈRE COMPLÈTE ET VÉ-RIDIQUE. LES DÉCLARACTIONS TARDIVES, MENSONGÈRES OU INCOMPLÈTES PEUVENT ENTRAÎNER UNE RÉDUCTION OU UN REFUS DE PRESTATIONS.

LIEU, DATE: _____ **SIGNATURE** _____

VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS

☐ DÉCOMPTES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

LE FORMULAIRE EST À RETOURNER SANS DÉLAI PAR COURRIER CONFIDENTIEL À

BERATUNGSGESELLSCHAFT FÜR DIE ZWEITE SÄULE AG,
RV POOL, DORNACHERSTRASSE 230, POSTFACH, 4018 BASEL