

Déclaration d'incapacité de travail (à remplir par l'employeur)

Indications sur l'employeur

Entreprise Numéro de contrat
Rue Interlocuteur
NPA / Lieu N° de tél.
E-mail

Identité de la personne assurée

Nom Sexe masculin féminin
Prénom Date de naissance
N° d'ass. sociale
Rue N° de tél.
NPA / Lieu E-mail

Indications sur l'incapacité de travail (IT)

Entrée à l'entreprise Début de l'IT (date exacte)
Degré d'IT
Existait-il une invalidité relevant d'un rapport de prévoyance antérieur? oui non
Si oui, degré AI Début du droit
Des prestations d'une CP ont-elles été touchées pour IT et/ou AI? oui non
Si oui, lesquelles?
Joindre copie des documents
Degré d'occupation (DO) avant IT
Si temps partiel, indiquer le motif
DO après survenue de l'incapacité de travail
Salaire brut annuel au début de l'IT

Inscription d'assureur tiers

Inscription faite chez
Assurance-maladie collective le Assurance-invalidité féd. le
Joindre copie des décomptes d'indemnités journalières *Joindre copie de l'inscription*
Assurance-accident (LAA) le Assurance militaire féd. le
Joindre copie des décomptes d'indemnités journalières *Joindre copie de l'inscription*
Saisie précoce AI effectuée le

Contact assurance-maladie collective / assurance-accident

Nom de l'assurance _____ NPA / Lieu _____

Rue _____ Numéro de police _____

Motif de l'incapacité de travail (nature de la maladie / nature de la blessure en cas d'accident)

Indications sur le rapport de travail

Si le rapport de travail a été résilié: par qui? _____

Pour quelles raisons? _____

Dernier jour de travail effectif avant l'incapacité de travail le _____

La personne assurée reste-t-elle employée chez vous? oui non

Formation / profession apprise de la personne assurée _____

Breve description de l'activité exercée avant la survenue de l'incapacité de travail

Nature de l'occupation après la survenue de l'atteinte à la santé

_____ depuis _____

Indications Case Management

Y a-t-il des possibilités de remplacement au sein de votre entreprise? oui non

Si oui, ont-elles déjà été examinées en interne? oui non

Vous intéressez-vous à cet égard à une assistance par des spécialistes? oui non

Un Case Manager d'une autre assurance est-il déjà impliqué? oui non

Si oui, veuillez indiquer l'assurance impliquée et le nom du Case Manager

Remarques

Le formulaire marqué «Confidentiel» doit être envoyé sans délai à la:

Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG
Aldona Sutter, RV Pool,
Dornacherstrasse 230, Postfach, 4018 Basel

Veuillez joindre les documents suivants:

- Copies des éventuels décomptes d'indemnités journalières
- Dossier AI
- Saisie précoce AI

Lieu, date

Cachet / Signature employeur

Déclaration d'incapacité de travail (à remplir par l'employeur)

Personne assurée: nom: _____ prénom: _____ Numéro d'assurance sociale: _____