

Annonce d'un cas d'incapacité de travail (à remplir par l'employeur de la personne assurée)

Employeur

Entreprise _____ N° contrat _____
 Personne de contact _____ Rue, n° _____
 Téléphone _____ NPA, lieu _____
 E-mail _____

Personne assurée N° police _____

Nom, prénom _____ N° AVS _____
 E-mail _____ Rue, n° _____
 Téléphone _____ NPA, lieu _____
 Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe féminin masculin
 Etat civil marié/e part. enregistré Marié/part. enregistré depuis _____ (jj/mm/aaaa)
 célibataire divorcé/e veuf/veuve
 concubinage* *partenaire annoncé à l'institution de prévoyance oui non

Coordonnées d'un éventuel représentant:

Nom, prénom _____
 Téléphone _____

Joindre la procuration

Rue, n° _____
 NPA, lieu _____

Époux(se) / partenaire

Nom, prénom _____

Joindre copie du livret de famille

Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe f m

Enfants

Nom, prénom _____

Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe f m

Nom, prénom _____

Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe f m

Nom, prénom _____

Date de naissance _____ (jj/mm/aaaa) Sexe f m

Incapacité de travail (IT)

Date d'entrée dans l'entreprise _____ (jj/mm/aaaa)

Début IT (date exacte!) _____ (jj/mm/aaaa)

Joindre copie certificat médical (si disponible)

Taux d'occupation avant l'IT _____%

En cas d'emploi partiel, raison? raison de santé
 impératifs d'exploitation
 autre: _____

Degré d'emploi après la survenance de l'IT partielle _____%

Salaires annuels soumis à l'AVS au début de l'IT CHF _____

Annonce/Demande auprès d'un autre assureur:

Une annonce auprès de l'assurance invalidité fédérale a-t-elle eu lieu? (détection précoce)

Oui, le _____ (jj/mm/aaaa) Non

Si oui, par qui? _____

Joindre copie de l'annonce

La demande a eu lieu auprès Ass.-maladie d'indemnités journal.*
 Assurance accidents (AA)*
 Assurance invalidité (AI)
 Assurance militaire fédérale

Date de la demande _____ (jj/mm/aaaa)

Date de la demande _____ (jj/mm/aaaa)

Date de la demande _____ (jj/mm/aaaa)

Date de la demande _____ (jj/mm/aaaa)

* Joindre copies des annonces et d'év. décomptes indemnités journalières

Contact assurance maladie collective / Assurance accidents:

Nom de l'assurance _____ Case postale _____
Numéro de sinistre _____ Rue, n° _____
L'employeur finance les IJ à raison de ? -50% + 50% NPA, lieu _____

Rapport de travail

Le rapport de travail a-t-il été résilié: par qui? _____
pour quelle date? le _____ (jj/mm/aaaa)
pour quelles raisons? _____
Dernier jour de travail avant l'incapacité de travail le _____ (jj/mm/aaaa)
La personne assurée est-elle toujours employée chez vous? oui non
Profession/formation de la personne assurée _____
Description succincte de l'activité exercée avant la survenance de l'incapacité de travail _____
Activité après la survenance de l'incapacité de travail _____
dès le _____ (jj/mm/aaaa)

Case Management

Est-ce qu'un Case Manager d'une autre assurance traite le cas? oui non
Si oui, quelle assurance et nom du Case Manager? _____
Existe-t-il des possibilités de remplacement dans votre entreprise? oui non
Si oui: Ont-elles déjà été examinées? oui non
Seriez-vous intéressés par une assistance de PKRück dans ce domaine? oui non

Transmission des documents

Veuillez transmettre les documents comme suit:

A l'institution de prévoyance: Ce formulaire d'annonce et les copies nécessaires Transmis le: _____ (jj/mm/aaaa)
A la personne assurée: Lettre «Informations pour la personne assurée (F-607)», Transmis le: _____ (jj/mm/aaaa)
«Procuration générale (F-597)» et le questionnaire médical (F-157)

Remarques

Lieu, date _____ Timbre, signature _____