

**Fondation Abendrot**

La caisse de pension durable

tél. 061 269 90 20

fax 061 269 90 29

**Annonce d'un cas d'incapacité de travail (formulaire employeur)**

A remplir par l'employeur de la personne assurée

Employeur	N° employeur	
Entreprise		
Rue, n°		
NPA, lieu		
Personne de contact		
Téléphone		
E-Mail		

Personne assurée	N° assuré/e	
------------------	-------------	--

Nom, prénom		
N° AVS		
Date de naissance		Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Rue, n°		
NPA, lieu		
Téléphone		
Langue correspondance	<input type="checkbox"/> de <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> it	
Etat civil:	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> part. enregistré <input type="checkbox"/> marié/part. enregistré depuis <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> concubinage	

**Coordonnées d'un éventuel représentant:** Joindre la procuration

Nom, prénom		
Rue, n°		
NPA, lieu		
Téléphone		
E-Mail		

**Époux(se) / partenaire**

Nom, prénom		
Date de naissance		Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin

**Enfants**

Nom, prénom		
Date de naissance		Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Nom, prénom		
Date de naissance		Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Nom, prénom		
Date de naissance		Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin

## Incapacité de travail (IT)

Date d'entrée dans l'entreprise	
Taux d'occupation avant l'incapacité de travail	%
En cas d'emploi partiel, raison? <input type="checkbox"/> raison de santé <input type="checkbox"/> impératifs d'exploitation <input type="checkbox"/> autres	
Salaire annuel soumis à l'AVS au début de l'IT: CHF	
Degré d'emploi après la survenance de l'IT partielle	%
<b>Annonce/Demande auprès d'autre assureur:</b>	
Une annonce auprès de l'assurance invalidité fédérale a-t-elle eu lieu? (détection précoce)*	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, le	Si oui, par qui
La demande a eu lieu auprès:	
<input type="checkbox"/> Ass.-maladie d'indemnités journal.*	Date de la demande:
<input type="checkbox"/> Assurance accidents (AA)*	Date de la demande:
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité (AI)	Date de la demande:
<input type="checkbox"/> Assurance militaire fédérale	Date de la demande:
* Joindre copies des annonces et d'év. décomptes indemnités journalières	
<b>Contact assurance maladie collective / Assurance accidents:</b>	
Nom de l'assurance	
Rue, n°	
NPA, lieu	
Numéro de sinistre	

## Dates d'incapacités de travail

Degré	%	du		au	
Degré	%	du		au	
Degré	%	du		au	
Degré	%	du		au	
Degré	%	du		au	
Degré	%	du		au	

## Rapport de travail

Si le rapport de travail a été résilié: par qui?	
	pour quelle date?
	pour quelles raisons?
Dernier jour de travail avant l'incapacité de travail:	
La personne assurée est-elle toujours employée chez vous? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

### 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 PK Rück dans ce domaine?  oui  non

### Remarques

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

\_\_\_\_\_  
-----

Lieu, date

-----

Timbre, signature