Abendrot

V5.24

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 — Téléphone

Rue, n° — N° AVS

NPA, lieu — Date de naissance

E-Mail — Sexe ☐ féminin ☐ masculin

Langue correspondance ☐ de ☐ fr ☐ it

Connaissance langue nationale ☐ bonne ☐ moyenne ☐ limitée

Indications rapport de travail

Date d'entrée dans l'entreprise:

Taux d'occupation avant l'incapacité de travail: %

Le rapport de travail a-t-il été résilié: Par qui?

Pour quelle date?

Pour quelles raisons?

Existe-t-il des possibilités de replacement dans votre entreprise? ☐ oui ☐ non

Indications incapacité de travail

Annonce/Demande auprès d'un autre assureur:

Demande de prestation déposée auprès de:

☐ Ass.-maladie d'indemnités journal.* Date demande:

☐ Assurance accidents (AA)* Date demande:

☐ Assurance invalidité (AI) Date demande:

☐ Assurance militaire fédérale Date demande:

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

Adresse de l'assurance-maladie d'indemnités journalières / de l'assurance accidents

Nom assurance

Rue, n°

NPA, lieu

Numéro de sinistre

Veuillez remplir également le verso

Cause d'incapacité de travail

☐ Maladie

☐ Accident* *Veuillez joindre une copie du rapport d'accident (circonstances de l'accident)

☐ Grossesse Date de naissance prévue: _____

Dates d'incapacité de travail

Degré _____ % du _____ au _____

Degré _____ % du _____ au _____

Degré _____ % du _____ au _____

Degré _____ % du _____ au _____

Degré _____ % du _____ au _____

Degré _____ % du _____ au _____

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 replacement 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

Signature Employeur, Cachet

Veuillez envoyer le fomulair à: **Stiftung Abendrot, Güterstrasse 133, Postfach, 4002 Basel**

Effacer Imprimer