

Formulaire d'annonce d'incapacité de travail

Employeur

Entreprise	N° d'entreprise
------------	-----------------

Personne assurée

Nom	Prénom
Rue	Lieu
Date de naissance	N° AVS (nouveau)

Incapacité de travail/invalidité

Début de l'incapacité de travail			
Degré d'occupation jusqu'alors	%	Nouveau degré d'occupation	%
Salaire AVS jusqu'alors CHF		Salaire AVS nouveau CHF	
Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie jusqu'au	Montant/mois CHF		
Annonce à l'AI fédérale effectuée ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'incapacité de travail est-elle une suite d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, annoncé à la SUVA ou LAA ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non

Est-ce que la personne assurée a-t-elle des enfants soumis à l'obligation scolaire ou en formation (jusqu'à l'âge de 25 ans révolus)?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	--------------------------	-----	------------------------------

En cas sortie de l'entreprise, veuillez compléter le formulaire d'annonce de sortie distinct.

Remarques	
Date d'expédition	Timbre et signature de l'employeur