

## Formulaire d'annonce d'incapacité de travail

*Au moyen du formulaire de déclaration d'incapacité de travail, les incapacités de travail de longue durée (à partir de 3 mois) de personnes assurées doivent être déclarées à la Fondation collective Symova par l'employeur. Ces informations peuvent être d'une grande importance pour le traitement correct du rapport d'assurance.*

### Employeur:

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

### Assuré en incapacité de travail:

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

### Informations sur l'incapacité de travail :

Début de l'incapacité de travail:				
Taux d'incapacité de travail en % :				
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, au plus tard jusqu'au:				
Nom de l'assureur compétent d'indemnités journalières de maladie:				
Contact direct avec l'assureur d'indemnités journalières (e-mail) :				
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
L'accident a-t-il été causé par une autre personne (recours) ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Est-ce-que la personne assuré 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
Si oui, nom et date de naissance:				
Si oui, nom et date de naissance:				
Si oui, nom et date de naissance:				

