

INDICATIONS SUR L'EMPLOYEUR

ENTREPRISE	INTERLOCUTEUR
RUE	NPA / LIEU
N° DE TÉL.	E-MAIL

IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

NOM	PRÉNOM
DATE DE NAISS.	N° D'ASS. SOC.

INDICATIONS SUR L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (IT)

MOTIF DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (NATURE DE LA MALADIE / DE LA BLESSURE EN CAS D'ACCIDENT)

DÉBUT IT DERNIER JOUR DE TRAVAIL EFFECTIF AVANT L'IT

SI TEMPS PARTIEL INDIQUER LE MOTIF	RAISONS OPÉRATIONELLES	RAISONS DE SANTÉ	AUTRE
DEGRÉE D'OCCUPATION AVANT L'IT	APRÈS L'IT PARTIELLE		

INDICATIONS SUR LE CONTRAT DE TRAVAIL

ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE ACTIVITÉ EXERCÉE AVANT IT:

FORMATION / PROFESSION APPRISE DE LA PERSONNE ASSURÉE

LE CONTRAT DE TRAVAIL EST/SERA RÉVILIÉ	OUI	NON	SI OUI, PAR	EMPLOYEUR	EMPLOYÉ(E)
POUR QUELLE DATE	MOTIF:				
Y A-T-IL DES POSSIBILITÉS DE REMPLACEMENT AU SEIN DE VOTRE ENTREPRISE?	OUI	NON			
SI OUI, ONT-ELLES DÉJÀ ÉTÉ EXAMINÉES EN INTERNE?	OUI	NON			
SOUHAITEZ-VOUS UN SOUTIEN PAR DES SPÉCIALISTES?	OUI	NON			
UN CASE MANAGER D'UNE AUTRE ASSURANCE EST-IL DÉJÀ IMPLIQUÉ?	OUI	NON			
SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER L'ASSURANCE EN QUESTION ET LE NOM DU CASE MANAGER					

ANNONCE À D'AUTRES ASSURANCES

ASSURANCE MALADIE COLLECTIVE (IJM)	ASSURANCE ACCIDENT (LAA)
ANNONCE DÉTECTION PRÉCOCE AI	ASSURANCE INVALIDITÉ

CONTACT ASSURANCE-MALADIE COLLECTIVE / ASSURANCE-ACCIDENT

NOM DE L'ASSURANCE	NUMÉRO DE POLICE
RUE	NPA / LIEU

REMARQUES

LA PERSONNE ASSURÉE EST TENUE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS DE MANIÈRE COMPLÈTE ET VÉRIDIQUE. LES DÉCLARATIONS TARDIVES, MENSONGÈRES OU INCOMPLÈTES PEUVENT ENTRAÎNER UNE RÉDUCTION OU UN REFUS DE PRESTATIONS.

LIEU, DATE:

VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS
DÉCOMPTES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

SIGNATURE _____

LE FORMULAIRE EST À RETOURNER SANS DÉLAI PAR
COURRIER CONFIDENTIEL À