

Annonce d'un cas de prestations

Entreprise

Nom _____ n° de maison _____
Adresse _____
Personne compétente _____ n° de téléphone _____ courriel _____

Personne assurée

Nom et prénom _____ n° de membre _____
Adresse _____
Date de naissance _____ état civil _____
Conjoint (nom, date de naissance, date de mariage) _____
Enfants (noms et dates de naissance) _____

Evénement assuré

Accident maladie
Incapacité de travail dès _____ degré de l'incapacité de travail en % _____
 Décès décès par accident
Date du décès _____
Pour les personnes non-mariées : adresse de contact pour les clarifications en rapport avec le décès _____

Questions supplémentaires en cas d'incapacité de travail

Durée probable de l'incapacité de travail _____
En cas d'accident: Assurance-accidents compétente (nom, adresse et n° de sinistre) _____
En cas de maladie: la personne assurée, est-elle assuré pour une indemnité journalière maladie ? oui non
Caisse maladie compétente (nom, adresse et n° de contrat) _____
Est-ce que l'annonce du cas auprès de l'office de l'AI compétent a eu lieu ? oui non
Nom et adresse de l'office de l'AI _____

Remarques

Lieu et date

Timbre et signature de l'entreprise

Annexes accident Copie de l'annonce à l'assurance-accidents

Copies de tous les décomptes d'indemnités journalières ou

Copie des certificats médicaux du début à ce jour

Annexes maladie Copies de tous les décomptes d'indemnités journalières de la caisse maladie ou

Copie des certificats médicaux du début à ce jour

Annexes décès copie de l'acte de décès

copie de l'annonce à l'AA