

Annonce d'incapacité de travail

No de décompte (si connu) _____

1. Identité

Nom, prénom _____

No AVS _____

Date de naissance _____

Rue, NPA, lieu _____

No tél. _____

Adresse e-mail _____

2. Données concernant l'incapacité de travail

L'incapacité de travail est due à:

maladie

accident

infirmité congénitale

L'incapacité de travail fut-elle causée, entièrement ou partiellement, par un tiers?

oui

non

Précisions concernant l'incapacité de travail:

3. Dates d'incapacités de travail

Début de l'incapacité de travail: _____

Degré

% du

au

Degré

% von

au

Degré

% von

au

Degré

% von

au

Degré

% von

au

4. Questions générales

La personne assurée a-t-elle présenté une demande de prestations ou reçoit-elle déjà:

- indemnités journalières de l'assurance maladie?
- indemnités ou rente d'une assurance accident?
- indemnités ou rente de l'assurance RC de la personne qui a causé l'accident?
- indemnités ou rente de l'assurance militaire?

Si oui, nom(s) et adresse(s) de l'assurance/des assurances

Une demande en vue de l'obtention de prestations AI a-t-elle déjà été déposée pour la personne assurée?

- non
 - oui, auprès de quel office AI?
-

5. Dossiers nécessaires

- copies des justificatifs d'indemnités journalières
- certificats médicaux
- décisions de l'AI
- décisions de la LAA
- décisions de l'assurance militaire
-

6. Remarques

7. Signature

Par sa signature la personne assurée atteste avoir répondu aux questions de façon véridique et complète. Par ailleurs, elle autorise toutes les personnes et instances pouvant être concernées de donner à la PAT BVG toutes les informations utiles à la vérification de la prétention et à l'examen du droit à la prestation.

Lieu et date

Signature

Personalvorsorgestiftung der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG

Direction et prévoyance

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tél. +41 71 556 34 00
Fax +41 71 556 34 67
info@pat-bvg.ch

Ressort immeubles

PAT BVG
Kapellenstrasse 5
3011 Bern

Tél. +41 31 330 22 62
pat-bvg.ch
immo@pat-bvg.ch