

Contact: iv@publica.ch  
Téléphone: +41 58 485 23 95

**Annnonce d'une incapacité de travail totale ou partielle  
(obligations particulières d'annoncer incombant aux employeurs selon ch.4, let. e, du SLA P)**

Nom		Prénom
Date de naissance	N° d'assurance sociale	Taux d'occupation avant la survenance de l'incapacité de travail

**La cause de l'incapacité de travail**

- Maladie  
 Accident (joindre une copie de la déclaration d'accident)

**Invalidité**

Une communication en vue d'une détection précoce (art. 3a ss LAI) ou une demande de prestations de l'AI (art. 29 LPGa) ont-elles été adressées à l'office AI compétent?

- Oui  
 Non

**Case Management**

Un Case Management sera-t-il réalisé?

- Oui  
 Non

**Degré et durée de l'incapacité de travail**

%	du	au
%	du	au
%	du	au
%	du	au

**Personne à contacter au sein de l'employeur**

Nom	Date
Téléphone	E-mail
Remarques	

