

Avis d'incapacité de gain à remplir par l'employeur

Employeur

Raison sociale: _____ N° de contrat: _____

Personne assurée

Nom: _____ N° assurance sociale: 756. _____

Prénom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ Etat civil: _____

NPA/localité: _____ Profession: _____

Données du sinistre

L'incapacité de gain est due à: ☐ une maladie ☐ un accident

Début de l'incapacité de gain: _____

Périodes d'incapacité de gain:

_____ %	du _____	au _____
_____ %	du _____	au _____
_____ %	du _____	au _____

Le sinistre a été annoncé à: ☐ l'assurance perte de gain maladie ☐ l'assurance accidents

Assureur: _____

Adresse: _____

NPA/localité: _____

N° de sinistre: _____

Salaire annuel avant l'incapacité*: CHF _____

Résiliation des rapports de travail: ☐ oui, date _____ ☐ non

Annexes

- ☐ Certificats d'incapacité de travail
- ☐ Décomptes d'indemnités journalières maladie
- ☐ Décomptes d'indemnités journalières accident + déclaration d'accident
- ☐ *En cas de salaire horaire, joindre les décomptes salaire des 12 derniers mois avant l'incapacité

Remarques

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur: