

Avis d'incapacité de gain à remplir par la personne assurée

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 à un accident

Début de l'incapacité de gain _____

Périodes d'incapacité de gain

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

Remarques

Autorisation

La personne soussignée autorise le Groupe Mutuel Prévoyance-GMP à demander tout renseignement utile concernant le sinistre, à prendre connaissance des dossiers de l'Assurance Invalidité (AI), de l'assurance accidents, de l'assurance militaire, de l'assurance perte de gain maladie LAMal ou LCA, éventuellement de l'assurance sociale étrangère ou d'autres assureurs, à se renseigner auprès de ses médecins-traitants, à transmettre ces documents et renseignements au réassureur et autres assureurs concernés.

Lieu et date:

Signature de la personne assurée:
