

Avis d'incapacité de gain

Nom, prénom: _____ N° AVS: _____

Adresse: _____ Profession: _____

Date de naissance: _____ Contrat N°: _____

1. Début de l'incapacité de gain (jour/mois/année) _____

2. L'incapacité de gain est-elle due à une maladie à un accident

3. Le sinistre a été annoncé à l'AI le _____

à l'assureur-accidents le _____

à l'assurance militaire le _____

à l'assurance maladie
indemnité journalière le _____

(Nom/Agence): _____

(Joindre une copie de la décision prise et/ou du relevé des prestations)

4. Degré de l'incapacité de gain _____ % du _____ au _____

_____ % du _____ au _____

_____ % du _____ au _____

5. Noms et adresses des médecins traitants (Joindre les rapports médicaux et/ou les feuilles-accidents à disposition)

6. Enfants mineurs et enfants en apprentissage ou aux études (joindre une attestation de l'apprentissage ou des études)

Noms et prénoms:

Dates de naissance:

7. Autorisation

La personne soussignée autorise le service médical du réassureur à prendre connaissance des dossiers de l'AI, de l'assurance militaire, de l'assureur-accidents, de la caisse-maladie, de l'assureur perte de gain et éventuellement de l'assurance sociale étrangère, et à demander tous renseignements utiles concernant le sinistre.

Lieu et date:

Signature de la personne assurée:

Groupe Mutuel Prévoyance
Rue des Cèdres 5
1920 Martigny

8. Les rapports de travail ont-ils pris fin?

oui non

Si oui, à quelle date? _____

9. Les rentes seront versées:

au CCP N° pour: _____

au compte N° à la banque: _____

pour: _____

(La Fondation de prévoyance paie directement à la personne assurée)

10. A remplir par l'employeur

Période d'activité avant l'incapacité de gain du: _____ au _____

Salaire AVS correspondant CHF _____

Remarques:

Annexes:

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur:
