

Annonce d'une incapacité de gain

Institution de prévoyance

Contrat n°	Affiliation n°
Nom	Employeur
Rue/n° (selon RC ¹)	Rue/n° (selon RC ¹)
NPA/Lieu	NPA/Lieu
Contact	Contact
Téléphone	Téléphone
Mail	Mail

Personne assurée

Nom	Prénom
État de civil	Sexe ☐ Homme ☐ Femme
Rue/n°	NPA/Lieu
N° AVS	Nationalité Langue ☐ A ☐ F ☐ I
Téléphone	Mail
Enfants ☐ Oui, nombre ☐ Non	
Nom/Prénom	Date de naissance
1.	
2.	
3.	
4.	
Profession acquise	Indépendant(e) ☐ Oui ☐ Non
Emploi	Employé(e) ☐ à plein-temps (100 %)
Employé(e) ☐ à temps partiel %	Raison du temps partiel
Rapport de travail du au	Réserve médicale ☐ Oui ☐ Non

Incapacité de gain

Maladie (Diagnostic)	Accident (déroulement)
Début de l'incapacité de travail	Degré de l'incapacité de travail %
Rechute le Cause	Demande précoce AI ² ☐ Oui ☐ Non

Documents à joindre

- ☐ Procuration
- ☐ Certificat de prévoyance
- ☐ Plan de prévoyance
- ☐ Assureur indemnité journalière: Annonce, décomptes
- ☐ Assureur accident: Annonce, décomptes
- ☐ Enfants dès 19 ans: Attestation de formation
- ☐ AI²: Annonce, communications, décisions

¹Registre du commerce (RC)²Assurance-invalidité fédérale