

## Annonce d'une incapacité de gain

### Institution de prévoyance

Contrat no	_____	Affiliation no	_____
Nom	_____	Employeur	_____
Rue/No (selon RC <sup>1</sup> )	_____	Rue/No (selon RC <sup>1</sup> )	_____
NPA/Lieu	_____	NPA/Lieu	_____
Contact	_____	Contact	_____
Téléphone	_____	Téléphone	_____
Mail	_____	Mail	_____

### Personne assurée

Nom	_____	État civil	_____
Prénom	_____	Enfants	<input type="checkbox"/> Oui, nombre _____ <input type="checkbox"/> Non
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom/Prénom/Date de naissance	_____
Date de naissance	_____	Enfant 1	_____
Rue/No	_____	Enfant 2	_____
NPA/Lieu	_____	Enfant 3	_____
No AVS	_____	Enfant 4	_____
Téléphone	_____	Mail	_____
Nationalité	_____	Langue	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
Profession acquise	_____	Indépendant(e)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Employé(e)	<input type="checkbox"/> à plein-temps (100%)	Emploi	_____
Employé(e)	<input type="checkbox"/> à temps partiel _____%	Raison du temps partiel	_____
Rapport de travail	du _____ au _____	Réserve médicale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Incapacité de gain

<input type="checkbox"/> Maladie (diagnose)	_____		
<input type="checkbox"/> Accident (déroulement)	_____		
Début de l'incapacité de travail	_____	Degré de l'incapacité de travail (%)	_____
Rechute le	_____	Cause	_____
Demande précoce AI <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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
- AI<sup>2</sup>: Annonce, communications, décisions

<sup>1</sup> Registre du commerce (RC)

<sup>2</sup> Assurance-invalidité fédérale