

## 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:

---