

## 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  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 la Fondation Collective Groupe Mutuel 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:

---