

Entreprise :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

Nom et prénom : Date de naissance :

E-mail : Téléphone :

Adresse :

Quelle compagnie est votre :

- assureur pour perte de gain maladie :
(nom et adresse)

- assureur-accidents (LAA) :
(nom et adresse)

et joindre les décomptes d'indemnités journalières.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INCAPACITE DE GAIN ET LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Cause de l'incapacité de gain : maladie accident

Degré et durée : % du au

..... % du au

..... % du au

Nom et adresse du médecin traitant :

et joindre les certificats médicaux.

Situation professionnelle :

- activité professionnelle exercée avant le début de l'incapacité de gain ?

- la personne assurée pourra-t-elle reprendre la même activité professionnelle ? oui non

- le contrat de travail est-il ou sera-t-il résilié ? oui non Si oui, quand ?

DECLARATION DE L'ASSURE(E) CONCERNANT LA DISPENSE DE L'OBLIGATION DU SECRET MEDICAL

Je soussigné(e), J'autorise la poste ou la banque à retourner à l'institution de prévoyance citée en référence les prestations versées à tort et, lorsque l'inscription a déjà été faite, à porter le montant au débit de mon compte.

J'ai pris bonne note de l'annonce à l'administration fédérale des contributions de la prestation versée.

Lieu, date : Signature de l'assuré(e) :

**LES PERSONNES SOUSSIGNEES ATTESTENT, SUR L'HONNEUR, L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS
CI-DESSUS**

Lieu, date : Timbre, signature de l'employeur :