

## Avis d'incapacité de gain

Employeur : \_\_\_\_\_  
Plan de prévoyance : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_  
N° AVS : \_\_\_\_\_

### Incapacité de Gain et situation professionnelle :

Date de début de l'incapacité de gain : \_\_\_\_\_  
Cause de l'incapacité de gain :  Maladie  Accident ou Maladie Professionnelle  
Degré de l'incapacité de gain :  
\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Merci de nous transmettre copies des décomptes perte de gain, rapports médicaux, feuille-accidents, des décisions rendues par l'assureur indemnités journalières, l'AI, l'assurance militaire, l'assureur accidents, ou tout autre assureur social.

Nom et adresse de l'Assureur Perte de Gain Maladie : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'Assureur Accidents LAA: \_\_\_\_\_

Une demande a-t-elle ou va-t-elle être effectuée auprès de l'Assurance Invalidité ?

Oui  Non Si oui, à partir de quelle date ? \_\_\_\_\_

Le contrat de travail est-il ou sera-t-il résilié ?

Oui  Non Si oui, à partir de quelle date ? \_\_\_\_\_

Si oui, merci de remplir un avis de sortie et de nous communiquer l'adresse personnelle de l'assuré

### Déclarations :

La personne soussignée délègue l'AI, l'assurance militaire, l'assurance accidents, l'assurance maladie, l'assurance sociale étrangère, tous les médecins et les hôpitaux ainsi que d'éventuelles autres personnes du secret professionnel et du secret de service vis-à-vis de la Fondation Patrimonia. Elle autorise les institutions et les personnes nommées ci-dessus à communiquer à cette dernière tous les renseignements nécessaires à l'application de la prévoyance en faveur du personnel et à lui donner le droit de consulter les dossiers.

Seules les informations nécessaires seront demandées et la Fondation Patrimonia traitera toutes les données de façon strictement confidentielle. Les données concernées servent uniquement au traitement des contrats de prévoyance professionnelle.

Lieu et date :

Timbre et signature de l'employeur :