

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 perte de gain 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 : _____ Nom Prénom de l'assuré(e) : _____

Signature de l'assuré(e) : _____