LPP - Avis d'incapacité de travail

Données personnelles de la personne assurée

(à remplir par l'employeur)

Nom _____

Prénom _____

Rue, NPA, localité _____

Date de naissance _____

N° AVS _____

Etat civil _____

Employeur _____

N° de décompte _____

Plan de prévoyance _____

Incapacité de travail

Début, degré et durée _____ % du _____ au _____

_____ % du _____ au _____

_____ % du _____ au _____

_____ % du _____ au _____

_____ % du _____ au _____

Cause □ Maladie Assureur _____ N° de sinistre _____

□ Accident Assureur _____ N° de sinistre _____

Souhaitez-vous un Case Management? □ oui □ non

Prière de joindre à l'avis d'incapacité de travail tous les certificats médicaux et les décomptes de l'assureur de maladie ou accident déjà disponibles.

_____ _____

Lieu / date Cachet et signature de l'employeur