

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 _____
Affiliation _____
Plan de prévoyance _____

Incapacité de travail

Début, degré et durée _____ % 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