

données sur la personne assurée :

- nom, prénom :
- adresse, localité :
- no de Téléphone : privé : portable :
- nationalité :
- permis (joindre une copie) :
- n° AVS :
- date de naissance :
- début exact de l'incapacité de gain :
- degré et durée (joindre certificat médical) : % du au
- % du au

Pour les personnes ayant un degré d'incapacité de gain inférieur à 100%, prière de joindre une attestation de votre employeur mentionnant le salaire effectivement réalisé.

- cause de l'incapacité de gain : maladie accident
- nom de votre assurance perte de gain (joindre une copie de l'indemnité journalière) :
- cas annoncé auprès de l'AI le :
- **ou** cas annoncé auprès de la SUVA le :
- nom et adresse du(des)médecin(s) traitant(s) :
- no de compte bancaire Iban pour d'éventuelles prestations d'assurance :

ayant droits :

- **épouse**, nom, prénom :
- **enfants 1**, prénom, date de naissance :
- **enfants 2**, prénom, date de naissance :
- **enfants 3**, prénom, date de naissance :
- **enfants 4**, prénom, date de naissance :

lieu / date :

signature :

.....