



# Avis d'incapacité de travail / de gain pour la prévoyance professionnelle

## Employeur

Nom de l'employeur : Cliquez ici pour entrer du texte.

Assureur / Caisse de pension : Cliquez ici pour entrer du texte.

Numéro du contrat : Cliquez ici pour entrer du texte.

Catégorie d'assurés : Cliquez ici pour entrer du texte.

## Employé-e

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Numéro AVS de l'assuré : Cliquez ici pour entrer du texte.

Rue, n° : Cliquez ici pour entrer du texte.

NPA, ville : Cliquez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone : Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse email : Cliquez ici pour entrer du texte.

Profession et fonction : Cliquez ici pour entrer du texte.

## Cause de l'incapacité de travail / de gain

Maladie oui  non

Type de maladie : Cliquez ici pour entrer du texte.

Accident oui  non

Type de maladie : Cliquez ici pour entrer du texte.

## Evolution de l'incapacité de travail / de gain

Taux Valable du / au

% Date au Date

## Médecins traitants

Nom du médecin qui est à même de donner des informations sur le déroulement de toute maladie / accident.

Nom et adresse

Cliquez ici pour entrer du texte.

En traitement depuis

Date

Veillez indiquer les autres médecins et thérapeutes impliqués (lorsqu'il s'agit d'un hôpital, merci d'indiquer le service concerné)

Nom et adresse

Cliquez ici pour entrer du texte.

En traitement depuis

Date

Cliquez ici pour entrer du texte.

Date

Cliquez ici pour entrer du texte.

Date

Cliquez ici pour entrer du texte.

Date

## Dépistage précoce

Une notification a-t-elle été envoyée à l'AI en vue d'une détection précoce ? oui  non

Nom de l'office AI : Cliquez ici pour entrer du texte.

La notification a eu lieu le : Cliquez ici pour entrer une date.

## Signature

Lieu et date

Signature de l'employeur

---

---