

## Déclaration d'incapacité de travail

### Données de l'employeur

Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Rue : \_\_\_\_\_  
NPA, lieu, pays : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_ Tél. / Port. : \_\_\_\_\_  
N° d'employeur : \_\_\_\_\_

### Données de la personne assurée (salarié)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Date naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin  
No. AVS (NSS) : \_\_\_\_\_ Etat-civil : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_ Tél. / Port. : \_\_\_\_\_  
Rue : \_\_\_\_\_  
NPA, lieu, pays : \_\_\_\_\_

### Situation professionnelle de la personne assurée

Activité professionnelle exercée avant le début de l'incapacité de gain : \_\_\_\_\_  
La personne pourra-t-elle reprendre la même activité professionnelle :  Oui  Non  
Le contrat de travail est-il ou sera-t-il résilié :  Oui  Non  
Si oui, à quelle date : \_\_\_\_\_

### Incapacité de travail de la personne assurée

Cause de l'incapacité de travail :  Maladie  Accident

Degré et durée : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Degré et durée : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Degré et durée : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Degré et durée : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

→ **Veillez joindre les certificats médicaux**

### Données de l'assureur de l'employeur

Assureur :  Perte de gain en cas de maladie (AMPG)  Accident (LAA)

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

NPA, lieu, pays : \_\_\_\_\_

→ **Veillez joindre les décomptes d'indemnités journalières**

### Signature de l'employeur

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Timbre et signature : \_\_\_\_\_