

Formulaire d'annonce d'invalidité

Employeur

Entreprise	N° d'entreprise
------------	-----------------

Personne assurée

Nom	Prénom
Rue	Lieu
Date de naissance	N° AVS (nouveau)

Invalidité

Début de l'incapacité de gain				
Taux d'activité jusqu'alors	%	Nouveau taux d'activité	%	
Salaire AVS jusqu'alors CHF		Salaire AVS nouveau CHF		
Assurance perte de gain maladie de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Ass. perte de gain maladie jusqu'au	Montant/mensuel CHF			
Annonce à l'assurance fédérale AI effectuée ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Décision définitive déjà rendue ?	<input type="checkbox"/>	Oui*	<input type="checkbox"/>	Non
L'invalidité est-elle une suite d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Si oui, annoncé à la SUVA ou LAA ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Décision rendue ?	<input type="checkbox"/>	Oui*	<input type="checkbox"/>	Non

* Annexer la décision

Est-ce que la personne assurée a-t-elle des enfants en âge de scolarité ou en formation (jusqu'à la 25me année)	Oui	Non
---	-----	-----

Remarque	
Date d'expédition	Timbre et signature de l'employeur

