



N° IV interne

Incapacité de travail Invalidité

Demande d'évaluation des prestations en cas d'incapacité de travail/invalidité

Informations sur l'employeur

 N° d'entreprise Rue | N° Personne responsable (RH) E-Mail Employeur NPA | Lieu N° téléphone

Données sur la personne assurée

 N° d'assurance sociale Nom Date de naissance État civil Début de l'assurance Prénom Sexe Date de mariage | Partenariat enregistré

La base d'assurance qui détermine la rente est fixée lors de l'ouverture du droit aux prestations.

Données complémentaires

Raison de l'incapacité de travail/invalidité

☐

Maladie

☐

Accident

Début de l'incapacité de travail (indication en %)

du

au



A remplir par l'employeur

Maintien du salaire	Base salaire brut	du	au
en % du salaire brut			
en % du salaire brut			

Assurance d'indemnités journalières

Assurance d'indemnités journalières pour laquelle l'employeur paie au moins 50 % de la prime (art. 5.4.1 du règlement de prévoyance)

Montant de l'indemnité journalière en % du dernier salaire brut

Délai d'attente

Durée du droit

Nom et adresse de l'assurance d'indemnités journalières

Numéro de contrat

Numéro de sinistre

Le décompte est-il effectué par l'employeur?

☐ Oui ☐ Non

Versement direct à la personne assurée?

☐ Oui ☐ Non Date

Versement d'indemnités journalières	Base salaire brut	du	au
en % du salaire brut			
en % du salaire brut			
en % du salaire brut			



A remplir par l'employeur

Remarques

Signature de l'employeur

Lieu | Date

Timbre | Signature employeur

L'employeur confirme par cette signature l'intégralité et l'exactitude des indications.