

Preneur d'assurance

N° d'affilié :
 Etablissement :
 Personne responsable :
 Rue :
 NPA / Localité :
 N° de téléphone :
 E-Mail :

Personne assurée

N° AVS :
 Nom :
 Prénom :
 Rue :
 NPA / Localité :
 N° de téléphone :
 E-Mail :
 Date de naissance :

Coordonnées bancaires ou CCP pour paiement

Nom de la banque :
 Adresse :
 N° de clearing :
 Titulaire du compte :
 N° IBAN :
 CCP :

Date d'engagement dans l'entreprise :
 Genre d'activité exercée :
 Nationalité : Etat civil :
 Permis de travail (pour les étrangers uniquement):
 B C F G L N
 Validité : du au
 Contrat de travail résilié pour le

Travail régulier Travail irrégulier Horaire de travail de l'assuré(e) : Jours/semaine Heures/semaine
 Taux d'activité de la personne assurée : %

Salaire

Salaire de base (brut)
 Allocation de renchérissement
 A la tâche / commission
 Allocation pour enfants / famille
 Indemnités pour vacances / jours fériés
 Autres allocations
 Gratification / 13ème salaire

Heure	Jour	Mois	Année

Veillez joindre les copies des fiches de salaire des 6 derniers mois

De quelle affection souffre la personne assurée ?

S'agit-il d'une grossesse ? Non Oui Terme prévu le

Nom, prénom et adresse du médecin traitant

Taux et durée de l'incapacité de travail% du au

Reprise du travail le Prévus le

Est-ce que la personne assurée a droit à des prestations d'une autre assurance (indemnités journalières ou rentes) ? Non Oui

Si oui laquelle ?

Date : Timbre & signature du preneur d'assurance :