

Déclaration d'une possible invalidité

1. Identité

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ N° d'employé _____

Banque _____

N° IBAN _____

Impôts à la source oui non

Informations sur les enfants de moins de 18 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont encore en formation.

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Sexe f m

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Sexe f m

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____ Sexe f m

2. Informations incapacité de travail

Date de début de l'incapacité de travail _____

Degré d'incapacité de travail en % _____

accident maladie

Date de sortie _____

Déclaration effectuée auprès des assurances suivantes:

Assurance d'indemnités journalières (société) _____

Assurance-accidents (société) _____

Assurance-invalidité fédéral

3. Diverse

Remarques _____

Interlocuteur/trice en cas de demandes précision _____

Date _____ Signature _____