

# COPRE

## ANNONCE D'UNE INCAPACITÉ DE GAIN

Entreprise affiliée : ..... N° de contrat : .....

### Données personnelles de l'assuré(e)

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

N° AVS : ..... Sexe :  M  F

Adresse : .....

Tél. privé/portable : ..... E-mail : .....

Etat civil dès le : .....  célibataire  marié(e)  divorcé  
 lié(e) par un partenariat enregistré  partenariat dissous  veuf(ve)

### Renseignements concernant l'incapacité de gain et la situation professionnelle :

Cause de l'incapacité de gain :  maladie  accident

Degré et durée ..... % du ..... au .....  
..... % du ..... au .....  
..... % du ..... au .....

Nom et adresse du médecin traitant : .....

### Joindre une copie des certificats médicaux

Situation professionnelle :

- activité professionnelle exercée avant le début de l'incapacité de gain : .....
- la personne assurée 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, indiquer la date de fin du contrat de travail : .....

### Renseignements concernant les assurances :

assureur pour perte de gain maladie (nom et adresse) : .....

assureur-accidents (LAA) (nom et adresse) : .....

Joindre une copie de l'annonce remise à l'assureur perte de gain ainsi que les décompte d'indemnité journalière.

Lieu et date : ..... Timbre/Signature de l'employeur : .....