

## Annonce d'incapacité de travail

No de décompte .....

### Identité

---

Nom, prénom ..... No AVS ..... Date de naissance .....

Rue, NPA, lieu .....

### Données concernant l'incapacité de travail

---

L'incapacité de travail est due à :

maladie       accident       infirmité congénitale

L'incapacité de travail fut-elle causée, entièrement ou partiellement, par un tiers ?    oui     non

Précisions concernant l'incapacité de travail :

### Dates d'incapacités de travail

---

Début de l'incapacité de travail : .....

Degré ..... %    du .....    au .....

Degré ..... %    du .....    au .....

Degré ..... %    du .....    au .....

Degré ..... %    du .....    au .....

Degré ..... %    du .....    au .....

Degré ..... %    du .....    au .....

## Questions générales

---

La personne assurée a-t-elle présenté une demande de prestations ou reçoit-elle déjà :

- indemnités journalières de l'assurance maladie ?
- indemnités ou rente d'une assurance accident ?
- indemnités ou rente de l'assurance RC de la personne qui a causé l'accident ?
- indemnités ou rente de l'assurance militaire ?

Si oui, nom(s) et adresse(s) de l'assurance/des assurances

Une demande en vue de l'obtention de prestations AI a-t-elle déjà été déposée pour la personne assurée?

- non       oui, auprès de quel office AI ? .....

## Dossiers nécessaires

---

- copies des justificatifs d'indemnités journalières
- certificats médicaux
- décisions de l'AI
- décisions de la LAA
- décisions de l'assurance militaire
- .....

## Remarques

---

## Signature

---

Par sa signature la personne assurée atteste avoir répondu aux questions de façon véridique et complète. Par ailleurs, elle autorise toutes les personnes et instances pouvant être concernées de donner à la PAT-BVG toutes les informations utiles à la vérification de la prétention et à l'examen du droit à la prestation.

Lieu et date

Signature

.....

.....