



CIE D'ASSURANCE



CONTRAT N°

Employeur nom et adresse

[Empty text box for employer name and address]

Indications concernant la personne assurée

nom et prénom []
 n° AVS [] état civil []
 adresse, NP, localité []
 nombre d'enfants de - de 18 ans [] nombre d'enfants de - de 25 ans en formation []

Evénement

invalidité en incapacité de travail depuis []
 décès survenu le []

Cause

maladie (ne remplir que s'il s'agit d'un cas de maladie)
 organisme d'assurance d'indemnité journalière de maladie → []
 pas d'assurance

accident (ne remplir que s'il s'agit d'un cas d'accident)
 organisme d'assurance accidents obligatoire (LAA) → []
 SUVA

Médecin traitant

nom et prénom []
 adresse []
 NP/localité []

veuillez joindre les rapports médicaux qui attestent l'incapacité de travail ou de gain.

Lieu et date

Signature de l'employeur

merci !

Ce formulaire doit impérativement comporter des signatures légales.
 Nous vous invitons ainsi à l'imprimer, le signer, et nous le retourner par courrier ou encore à l'imprimer, le signer, le scanner et nous le renvoyer par email.

AREAS SA
Rue Plantamour 16
Case postale 41
1211 Genève 21
info@areas.ch

vos commentaires

[Empty text box for comments]



imprimer maintenant



LPP/AVIS D'INVALIDITÉ OU DE DÉCÈS 2008