

Avis d'incapacité de gain de plus de 90 jours

Employeur

Nom, Prénom / Raison sociale _____ N° contrat _____

Données de l'employé/e	
Nom / Prénom	
Adresse	
No AVS 756.	
Date de naissance	Etat civil
Téléphone / mail	
Début de l'incapacité	
Fin de l'incapacité si connue	

Salaire **AVS** allant du 1^{er} jour d'occupation 2025 à la veille de l'incapacité CHF _____

Nous vous saurions gré de nous transmettre les documents suivants pour que nous puissions traiter l'incapacité dans les meilleurs délais :

- Copie des décomptes salaires
- Copie de l'annonce faite auprès de votre assurance
- Copie des certificats médicaux
- Copie des décomptes d'indemnités journalières

Date _____ Signature de l'employeur _____

Nous nous tenons volontiers à votre disposition pour tout renseignement complémentaire au
+4127 345 40 60 ou par mail à : lpp@agrivalais.ch.