

DEMANDE DE PRESTATION CONCERNANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL / DE GAIN

(A compléter par la personne assurée)

Données personnelles

No Police	<input type="text"/>	Employeur	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	No AVS	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	Localité	<input type="text"/>
No téléphone	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>

Coordonnées de paiement

Poste **IBAN**

Banque **No clearing** **IBAN**

Nom de la banque

Titulaire du compte

La présente demande de prestation doit être envoyée à la Direction de la CCAP, **6 mois au plus tard après le début de l'incapacité de travail**. Si ce délai n'est pas observé, la CCAP n'est pas tenue d'accorder les prestations pour la période antérieure à la réception de l'avis, à moins qu'il ne résulte des circonstances que le retard n'est pas imputable à l'ayant droit.

1. Début de l'incapacité de travail :

2. Degré de l'incapacité de travail (%) :

3. Nom et adresse du médecin traitant ou de l'hôpital :

4. Avez-vous déclaré votre cas à l'AI (assurance invalidité fédérale) ? Oui Non

5. Peut-on prévoir une reprise de l'activité professionnelle ? Oui Non

6. Une amélioration de la capacité de travail est-elle envisageable ? Oui Non

Signature de la personne assurée

Lieu et date :