

Incapacité de travail en cas de maladie ou d'accident

Loi fédérale sur les allocations familiales (art. 13)

Ordonnance fédérale sur les allocations familiales (art.10)

1) Données du bénéficiaire

Nom/Prénom :	_____	Numéro AVS :	756. _____ . _____ . _____
Rue/No :	_____	Date de naissance :	_____
NPA/Lieu :	_____	Nationalité :	_____
Etat civil :	_____	No de téléphone :	_____
Depuis le :	_____	E-Mail :	_____

2) Attestation de l'employeur

Nom et adresse complète de l'employeur :

Employé/e depuis le : ____ / ____ / _____

Employé/e jusqu'au : ____ / ____ / _____

L'entreprise a versé les allocations familiales au salarié/e jusqu'au : ____ / ____ / _____

Durant l'incapacité de travail, avez-vous continué à verser un salaire soumis aux cotisations AVS de plus de CHF 612.- par mois ? Oui Non

Si oui, jusqu'à quelle date ? ____ / ____ / _____

Observations : _____

Lieu et date : _____

Sceau et signature de l'employeur : _____

Lieu et date : _____

Signature de l'employé/e : _____

3) Attestation médicale

Nom, prénom et adresse du médecin traitant :

Début de l'incapacité de travail : ___ / ___ / _____

Fin de l'incapacité de travail (si connue) : ___ / ___ / _____

Période de l'incapacité de travail :

Degré de l'incapacité (%):

du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

_____ %

du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

_____ %

du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

_____ %

du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

_____ %

du ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

_____ %

*Prière d'attester chaque période séparément

Lieu et date: _____

Sceau et signature du médecin traitant: _____

Instructions :

Le point 1 du formulaire doit être rempli par le/la requérant/e. Le point 2 est à compléter par le dernier employeur et le point 3 est à faire remplir au médecin traitant.