



Société   
N° d'affilié   
Plan

**Caisse de prévoyance Ramoneur**  
Täfernstrasse 31  
Postfach  
5405 Dättwil

**1. Indications concernant la personne assurée**

Nom  Prénom   
N° AVS  Date de naissance   
Rue  NPA / localité

**2. Indications concernant l'incapacité de gain**

Maladie  Accident depuis le  Degré d'incapacité

Date d'échéance de l'obligation de continuer à payer le salaire ?

La personne a-t-elle été inscrite à l'AI dans le cadre de la détection précoce ?  oui  non

La personne assurée s'est-elle déjà trouvée en incapacité de travail ou en incapacité de gain pour la même raison ?  oui  non  
Si oui, quand ?

Qui était son employeur à cette époque ?

Après de quelle institution de prévoyance la personne était-elle assurée à cette époque ?

La personne assurée a-t-elle des enfants âgés de moins de 18 ans ou des enfants âgés de moins de 25 ans encore en formation ?  oui  non  
Si oui, prière de remplir le tableau:

| Nom, prénom de l'enfant | Date de naissance    |
|-------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> |

(Pour les enfants en formation, prière de joindre une attestation de la formation !)

**3. Annexes destinées à établir l'incapacité de gain**

- Copies de tous les certificats médicaux
- Copies de toutes les indemnités journalières (assureur-maladie et assureur accident)
- Copie du « Questionnaire employeur » envoyé à l'AI dans le cadre de la détection précoce
- Copie de l'avis/décision de l'AI ou de l'assureur accident dans le cadre de la LAA (CNA)

**4. Signatures**

| Lieu et date         | Société (tampon et signature) |
|----------------------|-------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>          |