|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom) | Date de naissance | Numéro d’assuré  756. |
| Employeur |  |  |

**Questionnaire servant à contrôler l’incapacité de gain**

Veuillez indiquer ci-dessous les différentes périodes d'incapacité de travail.

Sur quel taux se rapporte l'incapacité de travail ?

sur le taux contractuel  sur un 100 %

du………………….au………………….. , à % …………………………………………………

du………………….au………………….. , à % …………………………………………………

du………………….au………………….. , à % …………………………………………………

du………………….au………………….. , à % …………………………………………………

du………………….au………………….. , à % …………………………………………………

du………………….au………………….. , à % …………………………………………………

du………………….au………………….. , à % …………………………………………………

Cette personne fait-elle toujours partie de vos collaborateurs ?

oui

Le taux d’activité contractuel a-t-il été modifié ?  oui  non

Cas échéant, merci de préciser le nouveau taux : ………% Depuis : …………….....

non

Veuillez préciser depuis quand et pour quel motif : …………………………………………………………………………………………………...

Observations :

Lieu et date : Signature :