|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne assurée (prénom, nom)      | Date de naissance      | Numéro d’assuré756.     |
| 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 :