

Avis d'une invalidité

Nom

Prénom

Date de naissance

Numéro AVS

Incapacité de travail suite à

 une maladie un accident

⇒ veuillez joindre la déclaration d'accident

 propre faute faute d'un tiers

Début et durée de l'incapacité de travail

Début de l'incapacité de travail

Indemnités journalières (IJ AA / IJM) de _____ à _____

⇒ veuillez envoyer le décompte final

Maintien du salaire par l'employeur à 80% au moins jusqu'au _____ (uniquement si la durée est supérieure à celle du versement des indemnités journalières)

Sortie / retraite / maintien de l'emploi

 sortie _____ au _____ retraite _____ au _____ maintien de l'emploi à partir de _____ taux d'occupation _____ salaire déterminant

⇒ veuillez envoyer la modification du contrat

En cas de maintien de l'emploi: les allocations pour enfants / de formation continuent-elles à être versées?

 non oui montant mensuel/enfant CHF nom des enfants:

montant mensuel/enfant CHF nom des enfants:

Impôt à la source

Avez-vous déduit l'impôt à la source pendant la période d'emploi?

 oui non

⇒ veuillez joindre une copie du livret pour étrangers

Remarques:

Date_____
Entreprise-M / personne de contact**Veuillez soumettre ce formulaire au plus tard 1 mois avant la fin du maintien du salaire.****Migros-Pensionskasse, Caisse de pensions Migros, Cassa pensioni Migros**

Scan Center Versicherung, Postfach, 8010 Zürich, Telefon +41 44 436 81 11, infobox@mpk.ch, www.mpk.ch