

Facture indemnité en cas d'augmentation des cotisations

**Assuré**

Nom, Prénom _____

Numéro d'assuré (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Adresse _____

Numéro postal, lieu _____

Émetteur de la facture

Nom de l'entreprise _____

Nom de la personne de contact _____

E-Mail, Numéro de téléphone (en cas de demandes de précisions) _____

Adresse _____

Numéro postal, lieu _____

Abrechnung

NIF (est attribué après la première facturation) _____

Numéro de la communication / décision _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Nom, Prénom du Titulaire de Compte (si non émetteur de la facture) _____

Adresse du Titulaire de Compte _____

Numéro postal, lieu du Titulaire de Compte _____

Type d'augmentation de la cotisation
 Prévoyance professionnelle Nom de l'institution de prévoyance: _____

 Assurance indemnité journalière
maladie Nom de l'assurance: _____

Forfait journalier	Nombre de jours compensables	Taux en CHF	Total en CHF	Code tarifaire
Entreprise jusqu'à 50 collaborateurs		48.00		551.01
Entreprise de plus de 50 collaborateurs		34.00		551.02

Remarques/Compléments

Visa de l'office AI: