

Facture indemnité en cas d'augmentation des cotisations



Date de la facture

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

Veuillez envoyer ce formulaire à l'office AI compétent.

Visa de l'office AI: