

Route du Lac 2  
1094 Paudex  
Case postale 1215  
1001 Lausanne  
Tél. 058 796 33 00  
Fax 058 796 33 11  
[info@previva.ch](mailto:info@previva.ch)  
CCP 10-11680-8  
N° direct  
058 796 32 45

**DECLARATION**  
**EN CAS D'INCAPACITE D'UN ASSURE**  
**(libération des cotisations)**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Etat civil : .....  
Date de naissance : .....  
Employeur (nom et no.): .....  
Fonction : .....  
Classification : .....  
Taux d'activité : .....

Date de début de l'incapacité : ..... Nature : - maladie   
- accident

Un tiers est-il responsable de l'invalidité de votre salarié oui  non

**Rémunération pour une activité à 100 %**

a) Salaire annuel de base du mois au cours duquel  
l'incapacité de travail a commencé<sup>1</sup> Fr. ....  
b) 13<sup>ème</sup> salaire Fr. ....  
c) Total (a + b) Fr. ....  
d) En cas de travail à temps partiel, salaire annuel effectif  
(c x taux d'activité) Fr. ....  
100  
e) Autres rémunérations soumises à l'AVS<sup>2</sup>  
+ Fr. ....  
+ Fr. ....  
**Salaire annuel effectif (d + e) Fr. ....**

<sup>1</sup> Sans 13<sup>ème</sup> salaire et sans pondération, les heures supplémentaires et les indemnités ne doivent pas être prises en considération.

<sup>2</sup> Si les autres rémunérations varient d'un mois à l'autre, il faut indiquer les rémunérations additionnées des douze mois précédant l'incapacité de travail.

**Rappel :**

L'assuré en incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident est libéré du paiement des cotisations 90 jours après le début de l'incapacité de travail; il en est de même pour son employeur. Le compte d'épargne individuel de l'assuré est alimenté par le fonds d'une attribution mensuelle égale au montant défini par l'article 9, chiffre 2, lettre a, du salaire que cet assuré aurait reçu s'il avait continué à travailler sans être en incapacité de travail. Si l'incapacité est partielle, mais au minimum de 40%, l'alimentation du compte d'épargne individuel est calculée selon le degré d'incapacité.

**Certifié exact :****Signature de l'employeur**

....., le .....

- Joindre à la présente :**
- une copie du décompte de salaire du mois au cours duquel l'incapacité de travail a commencé
  - une copie de la décision de classification
  - les certificats médicaux