

# Pool INTER

CP / PF 565 - 1951 Sion

☎ 027 / 327 22 62

Fax 027 / 327 22 79

CCP/PCK 19-2902-8

## AVIS D'ENTREE

Indemnité journalière maladie et/ou complément LAA

N° entreprise	N° employé

### À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

<b>Date d'entrée</b>	<b>Pool INTER</b> Case postale 565 1951 Sion	
<b>NOM</b>		
<b>Prénom</b>		
Date de naissance		
Adresse complète avec n° postal		
N° AVS :		
Langue : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> allemand		
<b>Assurance de l'indemnité journalière auprès du Groupe Mutuel</b>		
Taux de couverture	<input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% <small>(obligatoire selon la CCT de la branche automobile)</small>	<b>Complément accident</b> <small>(obligatoire selon la CCT de la branche automobile)</small>
Délai d'attente	<input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 30 jours	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Lieu et date :</b>		
Nom, adresse complète de l'entreprise avec n° postal	Timbre et signature de l'employeur	

### A REMPLIR PAR LES ENTREPRISES DE LA BRANCHE AUTOMOBILE (Autres entreprises : facultatif)

Nationalité	Profession		
Permis de séjour :	<input type="checkbox"/> A saisonnier	<input type="checkbox"/> B annuel	<input type="checkbox"/> C résidence
	<input type="checkbox"/> F réfugié	<input type="checkbox"/> G frontalier	<input type="checkbox"/> autre .....