

Entreprise formatrice :

Apprenti(e) :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Année de formation : 1^{ère} 2^e 3^e

Formulaire de contrôle des assurances pour l'année de formation 20__/20__

Assurances obligatoires	Assureur avec contrat	* Mon apprenti(e) est annoncé(e) à l'assureur
Assurance LAA		<input type="checkbox"/>
Assurance LPP		<input type="checkbox"/>
Assurance AVS/AI/AFG/AC/LFA		<input type="checkbox"/>
Assurance maladie		<input type="checkbox"/>
Indemnité journalière en cas de maladie		<input type="checkbox"/>

*** Annonces à faire selon les directives de l'assureur**

Assurances facultatives			
Assurance complémentaire en cas de décès ou d'invalidité suite à un accident	Variante 1	UPF	<input type="checkbox"/>
	Variante 2	UPF	<input type="checkbox"/>
	Variante 3	UPF	<input type="checkbox"/>
	Variante 4	UPF	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
RC exploitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RC privé des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lieu / Date :

Signature du formateur-trice en entreprise :

Grangeneuve, le 17 juillet 2014 LGU