

# Demande d'exemption de cotisations

**CoOpera**  
Fondation collective PUK  
Galgenfeldweg 16  
3006 Bern

T 031 922 28 22  
info@coopera.ch  
www.coopera.ch

**Attention :** remet tous  
les champs du formulaire  
à vide!

Ouvre la boîte de  
dialogue « Imprimer ».

Prépare un e-mail avec  
le formulaire rempli.

Employeur affilié \_\_\_\_\_ Inst.-N° \_\_\_\_\_

## Indications concernant la personne assurée

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

N° AVS \_\_\_\_\_ Accident\* \_\_\_\_\_ Maladie \_\_\_\_\_

## Incapacité de travail

depuis le \_\_\_\_\_ à raison de \_\_\_\_\_ %

depuis le \_\_\_\_\_ à raison de \_\_\_\_\_ %

depuis le \_\_\_\_\_ à raison de \_\_\_\_\_ %

depuis le \_\_\_\_\_ à raison de \_\_\_\_\_ %

## Assurance indemnité journalière ou assurance-accidents

Nom, adresse,  
n° de tél.

Cas de prestation

Le membre a-t-il été annoncé à l'AI pour des mesures  
d'identification précoces? oui non

Si oui : quand? \_\_\_\_\_

Si non : pourquoi pas? \_\_\_\_\_

Auprès de l'agence AI :

Nom, adresse,  
n° de tél.

**Demande d'exemption de cotisations**

\*) Y-a-t-il une responsabilité de tiers?                      oui                      non

Si oui: \_\_\_\_\_  
Nom, adresse, n° de tél. \_\_\_\_\_

Assurance responsabilité civile \_\_\_\_\_

Les annexes suivantes  
sont jointes :

Certificats médicaux

Décompte assurance indemnité journalière

Autres :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Note : Aucune exemption de cotisation n'est accordée sans annexe.**

**CoOpera Fondation collective PUK**  
Galgenfeldweg 16  
3006 Berm

**CoOpera Fondation collective PUK**  
Galgenfeldweg 16  
3006 Berm

---

Liste d'adresses pour enveloppes C5