

Helsana Assurances SA
Case postale
8081 Zurich

Allocation pour perte de gain et/ou autres frais du donneur après un don de rein, de foie ou de cellules souches

Type de transplantation		
Hôpital de transplantation		
1	Donneur / donneuse	Nom, prénom Date de naissance Rue, n° NPA, localité Assureur-maladie N° d'assuré/e Lien avec le receveur Profession exercée <input type="checkbox"/> Indépendant/e <input type="checkbox"/> Employé/e chez
2	Employeur du donneur / de la donneuse	Entreprise Rue, n° NPA, localité Banque, succursale IBAN Compte bancaire
3	Receveur / receveuse	Nom, prénom Date de naissance Rue, n° NPA, localité Assureur-maladie N° d'assuré/e
4	Annexes Les quittances originales ci-après doivent être jointes pour le remboursement des frais supplémentaires:	<input type="checkbox"/> Attestation de travail de l'employeur (pour les employés uniquement) <input type="checkbox"/> Dernière imposition fiscale définitive (pour les indépendants uniquement) <input type="checkbox"/> Décompte de salaire mensuel <input type="checkbox"/> 3-6 décomptes de salaire mensuel (pour les employés avec salaire horaire) <input type="checkbox"/> Certificat médical final pour la durée de l'incapacité de travail <input type="checkbox"/> Bulletin de versement de l'employeur ou de l'entreprise <input type="checkbox"/> Divers justificatifs / quittances
	Lieu et date	Signature du donneur / de la donneuse