



KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Expéditeur

KPT
Case postale
3001 Berne

Assurance perte de gain et/ou autre dépense du donneur après un don de cellules souches, de foie ou de rein

Type de transplantation _____
Hôpital de transplantation _____

Donneur / donneuse

Nom / Prénom _____ Profession _____
Rue _____ Indépendant _____
NPA / Localité _____ Employé _____
Date de naissance _____
Relation avec le receveur _____
Assurance-maladie _____ N° de police _____

Employeur du donneur / de la donneuse

Entreprise _____
Rue _____
NPA / Localité _____
Banque _____ Compte bancaire _____
IBAN _____

Receveur / receveuse

Nom / Prénom _____
Rue _____
NPA / Localité _____
Date de naissance _____
Assurance-maladie _____ N° de police _____

Annexes

Pour le remboursement de dépenses en sus, il faut fournir les quittances originales suivantes:

Attestation de travail de l'employeur (pour employés uniquement)
Dernière assiette imposable définitive (pour indépendants uniquement)
Décompte salarial mensuel
3 à 6 décomptes salariaux mensuels (pour employés avec rémunération horaire)
Certificat médical exhaustif pour la durée de l'incapacité de travail
Bulletin de versement de l'employeur ou de l'entreprise
Quittances / justificatifs divers

Lieu et date _____ Signature du donneur/
de la donneuse _____