



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	_____
--------------	-------	---	-------