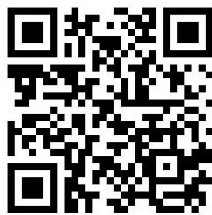


Remboursement des frais et l'indemnité pour perte de gain en cas de don d'organe du vivant

2026_07

Pour des raisons de lisibilité, le masculin générique est utilisé, qui inclut toutes les personnes.

Remplir le formulaire en ligne:



[Perte de gain – santéservices](#)

1 Donneur vivant

Nom *

Prénom *

Date de naissance *

Sexe *

☐ féminin

☐ masculin

Langue *

☐ allemand

☐ français

☐ italien

Adresse *

Case postale

NPA *

Lieu *

Pays *

Courriel *

Téléphone *

Indicatif
régional

numéro de téléphone

Profession *

Indépendant

☐ oui

☐ non

Nom de la banque *

N° IBAN *

2 Employeur du donneur vivant

Nom de l'entreprise

Service/personne compétent/e

Adresse *

Case postale

NPA *

Lieu *

Pays *

Courriel *

Téléphone *

Indicatif
régional

numéro de téléphone

Nom de la banque *

N° IBAN *

3 Informations concernant le don vivant

Type de don d'organe *

O Rein

O Foie

O Cellules souches

Date du don *

4 Receveur

Nom *

Prénom *

Date de naissance *

Sexe *

☐ féminin

☐ masculin

Langue *

☐ allemand

☐ français

☐ italien

Adresse *

Case postale

NPA *

Lieu *

Pays *

Courriel *

Téléphone *

Indicatif
régional

numéro de téléphone

N° AVS

Assureur-maladie *

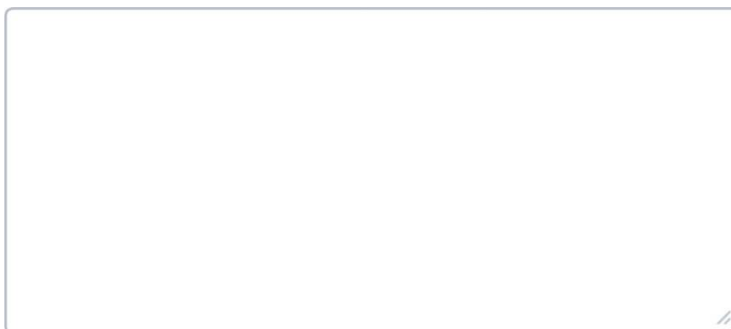
Numéro d'assuré *

Assurance-invalidité

5 Principes de base

Des informations importantes concernant le remboursement des frais et l'indemnité pour perte de gain dans le cadre du don d'organe du vivant figurent dans le règlement joint au présent document.

Remarques



Nous avons besoin des documents suivants pour pouvoir calculer vos frais et votre perte de gain suite au don de votre vivant:

Employés

- Attestation de travail de l'employeur (y compris indications sur le 13e mois de salaire, la poursuite du versement du salaire, le taux d'occupation).
- Copies des 6 derniers bulletins de salaire mensuels (en cas de salaire mensuel fixe).
- Salaire brut = base pour les pertes de gain.
ou
- Copies des 6 derniers bulletins de salaire mensuels consécutifs (pour les employés payés à l'heure). Salaire brut moyen = base pour les pertes de gain.
- Certificat médical final pour la durée de l'incapacité de travail, les examens pré- et post-opératoires.

Indépendants

- Dernier avis de taxation définitive (revenu imposable = base de calcul de la perte de gain). Attention : sans avis d'imposition, nous ne pouvons pas effectuer de calcul.
- Certificat médical final pour la durée de l'incapacité de travail, les examens pré- et post-opératoires.

Autres frais

Les frais personnels sont indemnisés selon les règles en vigueur.

6 Déclaration de consentement du donneur vivant

Par ma signature, je confirme,

avoir pris connaissance des conditions décrites dans le règlement ci-joint concernant le remboursement des frais et l'indemnité pour perte de gain en cas de don d'organe du vivant et accepter la procédure qui y est décrite;

que j'accepte que le domaine Prestations spéciales ou l'assureur prenne directement contact avec mon employeur afin de régler le financement anticipé de mon salaire et que les informations fournies dans ce contexte soient utilisées pour clarifier mes droits dans le cadre du don prévu.

- ☐ J'accepte que le domaine Prestations spéciales ou l'assureur contacte directement mon employeur pour régler le financement de mon salaire.

Date *

Signature du donneur vivant *