



- A11

**Direction générale de l'emploi
et du marché du travail**
Assurance perte de gain maladie
APGM
Rue Caroline 9bis
1014 Lausanne

Demande de prestations APMG - Assurance perte de gain maladie pour bénéficiaire d'indemnités de chômage

Nom et prénom	No AVS
Adresse	Date de naissance
@	☎

1. Après de quelle caisse de chômage touchez-vous des indemnités de chômage ?

Caisse

2. A partir de quelle date demandez-vous les prestations de l'APGM ?

3. Quel est votre taux d'incapacité actuel ?

4. Avez-vous une assurance privée pour indemnités journalières en cas de maladie ?

oui Nom non

Prière de joindre une copie du contrat de votre assurance perte de gain maladie privée.

5. Avez-vous déposé une demande de rente/indemnités journalières auprès d'une assurance sociale (AVS/AI/LPP/accident/maladie ou autres) ?

oui non

Si oui laquelle ?

Prière de joindre une copie de la décision ou des pièces justificatives.

6. Avez-vous touché des prestations d'une assurance sociale (AVS/AI/LPP/accident/maladie ou autres) ?

oui non

Si oui laquelle ?

Prière de joindre une copie du décompte ou des pièces justificatives.

7. Obtenez-vous actuellement un revenu d'un gain intermédiaire ?

oui, depuis le non

Nom et adresse de l'employeur

Prière de joindre une copie du/des contrat/s de travail

8. La caisse de chômage est-elle intervenue dans le cadre d'une procédure du non-respect du délai de congé ?

oui non

Si oui pour quelle période ?

Remarque

Veuillez répondre à toutes les questions. Chaque question à laquelle vous ne répondez pas nécessitera une recherche de renseignements susceptible de retarder le paiement des prestations APGM.

A réception de l'information de votre caisse de chômage, vous disposez d'un **délai de 30 jours** pour déposer votre demande de prestations auprès de la Direction générale de l'emploi et du marché du travail (DGEM). En cas de retard injustifié, le début de votre droit est repoussé d'autant.

Attestation

J'atteste avoir répondu complètement et conformément à la vérité à toutes les questions et prends connaissance du fait que je suis pénalement punissable pour les fausses indications données ou pour les faits que j'aurais cachés, si cela devait conduire à un versement indu de prestations APGM et à un remboursement des montants perçus.

Lieu et date

L'assuré/e

Annexe(s) :

- Copie de la décision de fin de droit 28LACI de votre caisse de chômage
- Copie des certificats médicaux depuis le début de l'incapacité actuelle