

Prolongation au-delà du 16 mai 2020 - APG en cas de Coronavirus

Nom et prénom : _____ N° d'assuré : 756. _____

Type d'activité : _____ N° d'affilié : _____

Fermeture :

Votre commerce/activité a-t-il été fermé conformément aux mesures décidées par le Conseil Fédéral ?

OUI NON

Pour quelle raison votre établissement n'a pas rouvert : _____

Subissez-vous une perte de gain depuis le 16 mai 2020 ? OUI NON

Plan de protection selon les prescriptions de l'OFSP et du SECO :

Avez-vous pu mettre en place un plan de protection selon le concept de votre branche ? OUI NON

Si non, pour quelle raison ? _____

*le soussigné s'engage à informer sa Caisse dès que son activité reprend et certifie avoir répondu de manière conforme à sa situation. En outre, la Caisse attire votre attention sur le fait que des contrôles ultérieurs sont réservés et que les prestations indûment touchées devront être restituées.

Date : _____

Signature * : _____