



Demande d'exemption des PCM Attestation assurance perte de gain en cas de maladie

Etant actuellement au bénéfice d'une assurance perte de gain privée en cas de maladie, je sollicite par la présente d'être exempté.e de l'affiliation obligatoire à l'assurance perte de gain pour les demandeurs et demanduses d'emploi indemnisés (PCM).

À remplir par l'assuré.e

Nom :

Prénom :

N° personnel :

N° AVS :

Date d'inscription au chômage :

Lieu et date :

Signature de l'assuré.e :

À remplir par l'assurance

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de police :

Durée maximale de la couverture :

Solde de la couverture :

Sinistre en cours : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, solde à la date de l'inscription au chômage :

Montant de l'indemnité journalière :

Date d'expiration de la police :

Nous attestons que la personne assurée est à jour avec ses cotisations et que les renseignements figurant sur ce document sont exacts.

Lieu et date :

Timbre et signature
de l'assurance

À remettre ou envoyer à :

OCE – Prestations cantonales en cas d'incapacité
passagère, totale ou partielle de travail (PCM)
Rue des Gares 16 - Case postale 2555
1211 Genève 2