

Déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur

N° de dossier (à remplir par l'assureur)

N° du contrat ou de la police d'assurance collective

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postale:	N° tél.	Personne de contact			
	Place de travail de l'employé (secteur d'entreprise)					
2. Employé	Nom et prénom:	Date de naissance:	N° AVS (13 chiffres)			
	Rue:	Nationalité:	Type de permis de séjour:			
	NPA Domicile:	N° tél.:	N° d'assurance:			
3. Rapport de travail	Date d'engagement:					
	Activité professionnelle habituelle:					
	L'employé a-t-il été licencié?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	Si oui, à quelle date?		Pour quelle échéance?			
3. Rapport de travail	L'employé a-t-il donné son congé?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	Si oui, à quelle date?		Pour quelle échéance?			
4. Début de l'incapacité	Jour/Mois/Année	Heure/minute	Durée prévisible à votre connaissance			
5. Cause de l'incapacité	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> maternité, terme prévu: _____					
	Diagnostic:					
	S'agit-il d'une rechute d'une précédente période d'incapacité		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui, de laquelle?						
6. Contrôle	Un contrôle est-il désiré? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, motifs:					
7. Dernier jour de travail	Quand l'employé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'incapacité? (date, heure)					
8. Reprise de travail	L'employé a-t-il repris totalement son travail?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de reprise			
	L'employé a-t-il repris partiellement son travail?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de reprise		taux: %	
9. Adresse médecins	Nom et adresse du médecin-traitant:					
	L'employé a-t-il été hospitalisé?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, où?			
10. Horaire de travail	Heures par semaine:	Heures par année:	Taux d'occupation en %:			
11. Salaire En espèces	11.1 Salaire brut (sans 11.2 et 11.3)		Fr./heure	Fr./jour	Fr./mois	Fr./année
	11.2 Indemnités pour vacances/jours fériés		% ou			
	11.3 Gratification/13e salaire		% ou			
12. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'assurance sociale: Caisse-maladie, SUVA ou autre assurance accidents obligatoire, LPP, AI, AVS, AM, AC?					
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, de laquelle? _____					
En cas d'affiliation LPP auprès d'une fondation du Groupe Mutuel, cette déclaration sera communiquée après un délai d'attente de trois mois						
13. Adresse de paiement	<input type="checkbox"/> Employeur		<input type="checkbox"/> Employé			
	Nom et adresse de la banque:					
	N° de CCP ou compte bancaire (IBAN)					

Lieu et date:

Timbre et signature:

Va à l'assureur susmentionné