

Déclaration d'incapacité de travail maladie

Employeur

Informations sur l'entreprise

Raison Sociale

Rue / Numéro

Complément d'adresse

NPA / Localité

N° du contrat

Unité administrative

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

Personne de contact

Personne assurée

Informations personnelles de l'assuré

Civilité

Prénom

Nom

Identifiant de l'employé

Etat civil

Date de naissance

Nationalité / Permis de séjour

Numéro d'assurance sociale

Enfant(s) à charge

Recevez-vous une prestation d'assurance sociale ?

Coordonnées de l'assuré

Pays de résidence

Rue / Numéro

Complément d'adresse

NPA / Localité

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

Coordonnées bancaires/postales

À qui doivent-être versées les indemnités ?

IBAN

Rapport de travail

Informations contractuelles

Type de contrat

Début du contrat de travail

Fin du contrat de travail

Le contrat est-il résilié ?

Type de résiliation

Date de notification

Pour quelle échéance ?

Fonction

Profession exercée

Lieu de travail habituel

**Incapacité
de travail****Horaire de travail**Temps de travail de l'assuré H/semaine

Taux d'occupation contractuelle

Horaire par année H/année

Type d'occupation du poste

L'entreprise est-elle au chômage partiel ?

Nombre de jours de home office par semaine

Incapacité de travail

Type d'incapacité

Description de la maladie

Dernier jour de travail avant l'incapacité Heure :Début de l'incapacité Heure :

Taux d'incapacité

Remarques ou commentaires

Reprise du travail

Date effective de la reprise du travail

Visite de contrôle

Souhaitez-vous une visite de contrôle ?

Salaires**Données salariales**

Assujetti à l'impôt à la source

Montant du salaire brut

Bonus, 13^e mois de salaire (et suivants)**Autres prestations**

Indemnités pour vacances, jours fériés

Allocations pour enfant, famille

Allocation de renchérissement

Autres compléments de salaire

Montant total des compléments

Lieu et date :