

Déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur

N° de dossier:

1. Employeur	N° du contrat collectif:	Unité administrative:					
	N° tél.:	Personne de contact:					
	Email:						
2. Employé <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Nom et prénom: Rue: NPA Domicile: Email:	Date de naissance:	N° AVS (13 chiffres):					
	Nationalité:	Type de permis de séjour:					
	Assujetti à l'impôt à la source: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
	N° de téléphone fixe:	N° de téléphone mobile:					
	Médecin:						
	3. Rapport de travail						
Activité professionnelle habituelle:							
Dans quel secteur de l'entreprise ?							
Date d'engagement: _____ Echéance en cas de contrat de durée déterminée: _____							
L'employé a-t-il été licencié? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ou donné son congé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non							
Si oui, date de la notification: _____ Pour quelle échéance? _____							
4. Période de l'incapacité							
Quand l'employé a-t-il travaillé pour la dernière fois avant l'incapacité ? (date, heure) :							
Début de l'incapacité (date, heure) :							
Reprise effective du travail le: _____ à _____ %							
Si toujours en incapacité, durée prévisible en jours: _____							
5. Cause de l'incapacité							
<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> maternité, terme prévu: _____							
Genre de maladie / blessure: _____							
S'agit-il d'une rechute d'une précédente période d'incapacité? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, celle du: _____							
6. Contrôle							
Un contrôle est-il désiré? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Langue nationale comprise par l'employé: _____							
7. Horaire travail							
Heures par semaine: _____ Heures par année: _____ Taux d'occupation en %: _____							
Horaire irrégulier? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non							
8. Salaire							
				Fr./heure	Fr./jour	Fr./mois	Fr./année
8.1 Salaire brut (sans 8.2 et 8.3)							
8.2 Indemnités pour vacances/jours fériés				% ou			
8.3 Gratification/13e salaire				% ou			
8.4 Autres allocations				% ou			
Si oui, lesquelles :							
9. Autres prestations d'assurances							
L'employé a-t-il droit ou a-t-il fait valoir un droit à des indemnités journalières ou à une rente ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui:							
<input type="checkbox"/> AI / AVS <input type="checkbox"/> SUVA ou autre assureur LAA <input type="checkbox"/> assurance personnelle/privée <input type="checkbox"/> Assurance chômage							
<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assurance militaire <input type="checkbox"/> autre:							
En cas d'affiliation LPP auprès d'une fondation du Groupe Mutuel, cette déclaration sera communiquée après un délai d'attente de trois mois.							
10. Adresse de paiement							
<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé							
Nom et adresse de la banque:							
N° de CCP ou compte bancaire (IBAN)							
11. Remarques							

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur :