

	Maladie	Maternité	Accident
--	---------	-----------	----------

Déclaration de maladie**Assurance maladie collective**

			Compagnie	Numéro de sinistre		
1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		Numéro téléphone	Numéro de police		
			Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
2. Blessé	Nom et prénom Rue NPA et domicile Téléphone CCP ou compte bancaire Caisse maladie		Date de naissance	Numéro AVS		
			Nationalité	Lieu d'origine		
			Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans Nombre aucun		
3. Engagement	Date d'engagement:		Activité professionnelle:			
	Fonction:	Employé/e / ouvrier/ère Cadre Apprenti/e	Contrat:	à durée indéterminée à durée déterminée jusqu'au de travail résilié dès le		
	Horaires de travail de l'assuré/e	Jours par semaine Heures par semaine	Horaires de travail usuels (heures par semaine):	Missions de travail: régulières irrégulières		
	Pénibilité physique du travail:		Un objet de plus de 10kg peut-il être soulevé? oui non			
	légère moyenne forte		Si oui, de combien de kg? kg			
	Travail assis debout assis / debout		Fréquence? tous les jour fois chaque semaine peu souvent			
4. Absence	Moment de la cessation d'activité?		La personne a-t-elle déjà repris le travail? non oui			
	complètement partiellement à %		Si oui, quand? à 100% temps partiel, à %			
	Durée prévue de l'absence?		Maternité, terme de la naissance prévu:			
	Type de maladie / blessure		Considérez-vous qu'un contrôle du patient soit sensé? non oui			
			Si oui, veuillez le justifier sur une feuille séparée.			
5. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)			
6. Salaire	Salaire de base brut avant le début de l'incapacité de travail, ou la moyenne des douze derniers mois en cas de périodes de travail irrégulières ou de fortes variations Allocations pour enfants, famille Gratification, 13e mois de salaire (et suivants) Indemnités pour vacances, jours fériés Autres compl. De sal. (p.ex. à la tâche, commission, travail par roulement). Genre: Imposé à la source? non oui	CHF par	heure	jour	mois	année
			Si oui, n° RCE			
7. Coordonnés de paiement	Paiement à:	Employeur	Personne assurée			
	Compte CCP		N° de compte			
	Nom et adresse de la banque		N° de clearing bancaire			
8. Autres prestations d'assurances	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, d'une assurance-accidents obligatoire selon la LAA, de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire, d'une institution de prévoyance professionnelle, de la caisse de chômage ou d'une assurance privée?			non	oui	
	Si oui, de laquelle?					
	La maladie / la maternité / l'accident a-t-elle / il pour incidence le versement de prestations d'autres polices de l'assureur?			non	oui	
	Si oui, police n° ?					

Lieu et date

Timbre et signature

Maladie	Maternité	Accident
----------------	------------------	-----------------

Déclaration de maladie
Assurance maladie collective

Double pour l'employeur

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	Compagnie	Numéro de sinistre
		Numéro téléphone	Numéro de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom Rue NPA et domicile Téléphone CCP ou compte bancaire Caisse maladie	Date de naissance	Numéro AVS
		Nationalité	Lieu d'origine
		Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans Nombre aucun
3. Engagement	Date d'engagement: Fonction: Employé/e / ouvrier/ère Cadre Chef d'entreprise Apprenti/e Membre de famille	Activité professionnelle: Contrat: à durée indéterminée à durée déterminée jusqu'au de travail résilié dès le	
	Horaires de travail de l'assuré/e Jours par semaine Heures par semaine	Horaires de travail usuels (heures par semaine): Missions de travail: régulières irrégulières	
	Pénibilité physique du travail: légère moyenne forte Travail assis debout assis / debout	Un objet de plus de 10kg peut-il être soulevé? oui non Si oui, de combien de kg? kg Fréquence? tous les jour fois chaque semaine peu souvent	
4. Absence	Moment de la cessation d'activité? complètement partiellement à %	La personne a-t-elle déjà repris le travail? non oui Si oui, quand? à 100% temps partiel, à %	
	Durée prévue de l'absence?	Maternité, terme de la naissance prévu:	
	Type de maladie / blessure	Considérez-vous qu'un contrôle du patient soit sensé? non oui Si oui, veuillez le justifier sur une feuille séparée.	
5. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	
6. Salaire	Salaire de base brut avant le début de l'incapacité de travail, ou la moyenne des douze derniers mois en cas de périodes de travail irrégulières ou de fortes variations Allocations pour enfants, famille Gratification, 13e mois de salaire (et suivants) Indemnités pour vacances, jours fériés Autres compl. De sal. (p.ex. à la tâche, commission, travail par roulement). Genre: Imposé à la source? non oui	CHF par	heure jour mois année
7. Coordonnés de paiement	Paiement à: Employeur Personne assurée Compte CCP N° de compte Nom et adresse de la banque N° de clearing bancaire		
8. Autres prestations d'assurances	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, d'une assurance-accidents obligatoire selon la LAA, de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire, d'une institution de prévoyance professionnelle, de la caisse de chômage ou d'une assurance privée? Si oui, de laquelle?		non oui
	La maladie / la maternité / l'accident a-t-elle / il pour incidence le versement de prestations d'autres polices de l'assureur? Si oui, police n° ?		non oui

Lieu et date

Timbre et signature

