

**Schafer Assurances SA**, Impasse de la Forêt 13, Case postale 1424, 1701 Fribourg  
 Tel.: +41 26 488 34 34 / Fax.: +41 26 488 34 35 / e-mail: office@schafer.ch



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

### Carte de maladie, Assurance d'indemnité journalière maladie collective

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal	Compagnie	Numéro de sinistre
		Numéro téléphone	Numéro de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
<b>2. Blessé</b>	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
<b>3. Engagement</b>	Date d'engagement:	Activité professionnelle:	

#### Indications pour la personne assurée

Nous vous prions de toujours indiquer le n° de sinistre qui est mentionné sur chaque correspondance de l'assureur (AS) sur la carte de maladie et à chaque fois qu'on vous le demande. Vous restez en possession de cette carte de maladie pendant toute la durée de votre incapacité de travail. Cette carte doit être présentée au médecin lors de chaque visite pour qu'il puisse y inscrire les données concernant l'incapacité de travail. Cette carte de maladie n'est en aucun cas la reconnaissance d'une obligation de verser des prestations. En cas d'incapacité de travail de longue durée, une copie de la carte de maladie doit être adressée à AS à la fin de chaque mois par le biais de l'employeur. En cas de reprise du travail, l'original de la carte de maladie doit être adressé, sans délai, à AS par le biais de l'employeur. Les personnes capables de travailler à temps partiel doivent respecter l'intégralité de leur temps de travail, sauf si le médecin a prescrit autre chose pour raisons médicales.

#### Inscriptions par le médecin traitant

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la dernière consultation	degré en %	à partir du	

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la dernière consultation	degré en %	à partir du	
Maladie		Maternité		Accident
Maladie		Maladie professionnelle		
La personne assurée a subi un traitement à l'hôpital				
du		au (inclus)		
Le traitement médical s'est terminé le				

#### Remarques éventuelles concernant la capacité partielle de travail

1.)	%, c.-à-d.	h / jour à	%
2.)	%, c.-à-d.	h / jour à	%
3.)	%, c.-à-d.	h / jour à	%

#### Timbre du médecin

Indications pour l'employeur : veuillez répondre aux questions suivantes avant de faire suivre ce formulaire à l'assureur.

La personne assurée a-t-elle repris le travail                    non                    oui                    Si oui, quand? \_\_\_\_\_

Les rapports de travail avec la personne assurée sont dissouts au \_\_\_\_\_

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

Va à:                    Personne assurée -> employeur -> Assureur