

## Annnonce de maladie

### Assurance collective d'indemnités journalières pour employés

N° de contrat

1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal _____ _____	Téléphone _____				
		Groupe de personnes (secteur d'entreprise) _____				
2. Personne assurée	Nom, prénom et adresse avec n° postal _____ _____	Date de naissance _____	N° AVS (13 chiffres) _____			
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Nationalité _____	Téléphone _____			
		Langue _____				
3. Occupation	Activité professionnelle habituelle _____			<input type="checkbox"/> cadre	<input type="checkbox"/> qualifié	
	Formation professionnelle _____			<input type="checkbox"/> semi-qualifié	<input type="checkbox"/> non qualifié	
	Date d'engagement _____			<input type="checkbox"/> apprenti	<input type="checkbox"/> stagiaire	
	Rapports de travail résiliés au / limités au _____			<input type="checkbox"/> inconnu		
4. Horaire de travail par semaine	Jours _____ Heures _____	Heures de travail de l'entreprise _____		Occupations <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> temporaire <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel		
5. Employé(e) étranger(ère)	Soumis à l'impôt à la source ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Frontalier (G,G-CE)		<input type="checkbox"/> Permis de séjour temp.(L,L-CE)		
	Si oui, n° du RCE (ou joindre une copie du permis) _____	<input type="checkbox"/> Requérant d'asile (N)		<input type="checkbox"/> Permis de séjour à l'année (B)		
		<input type="checkbox"/> Admis provisoirement (F)		<input type="checkbox"/> Permis de résidence (C,C-CE)		
		<input type="checkbox"/> Permis de séjour de longue durée (B-CE)				
6. Incapacité de travail	Dernier jour de travail précédant l'incapacité de travail _____	<input type="checkbox"/> Maladie		<input type="checkbox"/> Accident		
	Dès le (date) _____ jusqu'au (date) _____	<input type="checkbox"/> Maternité, terme prévu pour l'accouchement _____				
	Durée probable _____	Incapacité de travail à _____ %				
7. Médecin traitant/hôpital	Nom et adresse avec NPA _____ _____	Date premier traitement _____				
8. Salaire (selon AVS resp. police d'assurance s'il en a été convenu différemment)	<b>Salaire de base brut</b> avant le début de l'incapacité de travail resp. la moyenne des 12 derniers mois en cas d'activité irrégulière ( <b>par mois sans 13<sup>ème</sup> salaire mensuel</b> )	CHF par	heure (1)	jour (2)	mois (3)	année (4)
	Allocation de renchérissement	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	À la tâche/commission	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Allocation pour enfants/famille	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Indemnités pour vacances	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Indemnités pour jours fériés	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	<b>Gratification/13<sup>ème</sup> salaire</b>	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Autres allocations, genre	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Salaire en nature, genre	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
9. Adresse de paiement	<input type="checkbox"/> actuelle Nom du titulaire du compte _____	Nom et adresse de la banque _____				
	N° de compte postal _____	N° de compte bancaire _____				
	Paiement à l'attention de <input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Employeur	N° IBAN _____		N° de clearing _____		
10. Assurance invalidité	Annnonce pour détection précoce effectuée ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, le _____				
	Annnonce AI effectuée ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, le _____				
11. Autres prestations d'assurance	Est-ce que la personne assurée a déjà droit à une indemnité journalière ou une rente auprès de : assurance maladie, SUVA ou assurance-accidents obligatoire, AI, AVS, assurance militaire, caisse chômage, assurance privée ?					
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					
	Nom de l'assureur : _____		Si oui, n° de police _____			
12. Assureur LPP	Nom de l'assureur LPP : _____					

Lieu et date

Timbre et signature employeur

Employé(e)

## Annnonce de maladie

### Assurance collective d'indemnités journalières pour employés

N° de contrat
---------------

1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal _____ _____ _____	Téléphone _____	Groupe de personnes (secteur d'entreprise) _____			
2. Personne assurée	Nom, prénom et adresse avec n° postal _____ _____ _____	Date de naissance _____	N° AVS (13 chiffres) _____			
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Nationalité _____	Téléphone _____			
3. Occupation	Activité professionnelle habituelle _____	Formation professionnelle _____	Date d'engagement _____	Rapports de travail résiliés au / limités au _____		
				<input type="checkbox"/> cadre	<input type="checkbox"/> qualifié	
				<input type="checkbox"/> semi-qualifié	<input type="checkbox"/> non qualifié	
				<input type="checkbox"/> apprenti	<input type="checkbox"/> stagiaire	
				<input type="checkbox"/> inconnu		
4. Horaire de travail par semaine	Jours _____	Heures _____	Heures de travail de l'entreprise _____	Occupations		
				<input type="checkbox"/> régulière	<input type="checkbox"/> temporaire	
				<input type="checkbox"/> irrégulière	<input type="checkbox"/> chômage partiel	
5. Employé(e) étranger(ère)	Soumis à l'impôt à la source ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, n° du RCE (ou joindre une copie du permis) _____		<input type="checkbox"/> Frontalier (G,G-CE)	<input type="checkbox"/> Permis de séjour temp.(L,L-CE)	
				<input type="checkbox"/> Requérant d'asile (N)	<input type="checkbox"/> Permis de séjour à l'année (B)	
				<input type="checkbox"/> Admis provisoirement (F)	<input type="checkbox"/> Permis de résidence (C,C-CE)	
				<input type="checkbox"/> Permis de séjour de longue durée (B-CE)		
6. Incapacité de travail	Dernier jour de travail précédant l'incapacité de travail _____	Dès le (date) _____ jusqu'au (date) _____		Durée probable _____		
		<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident			
		<input type="checkbox"/> Maternité, terme prévu pour l'accouchement				
		Incapacité de travail à _____ %				
7. Médecin traitant/hôpital	Nom et adresse avec NPA _____ _____	Date premier traitement _____				
8. Salaire (selon AVS resp. police d'assurance s'il en a été convenu différemment)	<b>Salaire de base brut</b> avant le début de l'incapacité de travail resp. la moyenne des 12 derniers mois en cas d'activité irrégulière ( <b>par mois sans 13<sup>ème</sup> salaire mensuel</b> )	CHF par	heure (1)	jour (2)	mois (3)	année (4)
	Allocation de renchérissement	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	À la tâche/commission	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Allocation pour enfants/famille	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Indemnités pour vacances	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Indemnités pour jours fériés	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	<b>Gratification/13<sup>ème</sup> salaire</b>	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Autres allocations, genre	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
	Salaire en nature, genre	CHF ou %	_____	_____	_____	_____
9. Adresse de paiement	<input type="checkbox"/> actuelle	Nom et adresse de la banque _____				
	Nom du titulaire du compte _____	N° de compte bancaire _____				
	N° de compte postal _____	N° IBAN _____				
	Paiement à l'attention de <input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Employeur	N° de clearing _____				
10. Assurance invalidité	Annnonce pour détection précoce effectuée ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, le _____			
	Annnonce AI effectuée ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, le _____			
11. Autres prestations d'assurance	Est-ce que la personne assurée a déjà droit à une indemnité journalière ou une rente auprès de : assurance maladie, SUVA ou assurance-accidents obligatoire, AI, AVS, assurance militaire, caisse chômage, assurance privée ?					
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					
	Nom de l'assureur : _____		Si oui, n° de police _____			
12. Assureur LPP	Nom de l'assureur LPP : _____					

Lieu et date

Timbre et signature employeur

Employé(e)