

Carte d'indemnités journalières Assurance collective d'indemnités journalières

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)
		Nationalité	Téléphone
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	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

Remarques pour la personne assurée

Cette carte d'indemnités journalières reste chez le patient. Il doit la **présenter lors de chaque visite médicale** et la remettre sans délai à son employeur lors de la reprise du travail. En cas d'incapacité de travail de plus longue durée, la carte d'indemnités journalières **doit être présentée à l'employeur à chaque fin de mois** afin qu'un décompte mensuel puisse être effectué. Cette carte d'indemnités journalières n'équivaut pas à une reconnaissance du droit aux prestations.

Inscriptions du médecin

Maladie Accident

*1 Intensité de travail raisonnablement exigible en % de l'activité habituelle
*2 Durée de présence raisonnablement exigible dans l'entreprise, en heures

Inscriptions de l'employeur

Date de la consultation faite	Incapacité de travail			Prochain examen de l'incapacité de travail au	Intensité de travail raisonnablement exigible*1	Durée de présence raisonnablement exigible*2	Signature du médecin	Signature de l'employeur
	Degré	Valable dès le	Valable jusqu'au					

Timbre du médecin

Personne assurée

N° de contrat

Inscriptions de l'employeur

En cas de salaire horaire ou journalier: inscrire la perte de travail effective en heures ou en jours conformément à la durée de travail prévue par le contrat de travail (voir contrat de travail, CCT ou CN)

Jour	Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												
20.												
21.												
22.												
23.												
24.												
25.												
26.												
27.												
28.												
29.												
30.												
31.												

Reprise du travail	Date	<input type="checkbox"/> complète	<input type="checkbox"/> partielle à	%
	Date	<input type="checkbox"/> complète	<input type="checkbox"/> partielle à	%
Observations				

Lieu et date

Timbre et signature employeur