

## Déclaration d'accident / maladie pour les bénéficiaires de l'assurance individuelle d'indemnités journalières

### y c. assurés collectifs avec sommes salariales fixes

|                |       |
|----------------|-------|
| N° de contrat  | _____ |
| N° d'assuré(e) | _____ |

|                                 |   |   |  |
|---------------------------------|---|---|--|
| 1. Personne assurée             | Nom, prénom et adresse avec NPA   | Date de naissance   | N° AVS (à 13 chiffres)                   |
|                                 | _____   | _____   | _____                                    |
|                                 | _____   | Nationalité   | Téléphone                                |
|                                 | <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme   | Langue  | _____                                    |
| 2. Activité                     | Activité professionnelle habituelle   | Formation professionnelle   | Date d'engagement                        |
|                                 | _____   | _____   | _____                                    |
|                                 | Rapports de travail résiliés au/limités au  | <input type="checkbox"/> Employé(e)                                 | <input type="checkbox"/> Chômage         |
|                                 | _____   | <input type="checkbox"/> Indépendant(e)                             | <input type="checkbox"/> Tenue du ménage |
|                                 |   | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle/retraité(e)  |  |
| 3. Incapacité de travail        | Du (date)   | <input type="checkbox"/> Maladie                                    | <input type="checkbox"/> Accident        |
|                                 | Au (date)   | <input type="checkbox"/> Maternité, terme prévu pour l'accouchement |  |
|                                 | Durée probable  | _____   |  |
| 4. Médecin traitant/hôpital     | Nom et adresse avec NPA   |   |  |
|                                 | _____   |   |  |
|                                 | _____   |   |  |
| 5. Adresse de paiement          | Nom du titulaire du compte  | Nom et adresse de la banque   |  |
|                                 | _____   | _____   |  |
|                                 | N° de compte postal   | N° de compte bancaire   |  |
|                                 | _____   | _____   |  |
|                                 | N° IBAN   | N° de clearing bancaire   |  |
|                                 | _____   | _____   |  |
|                                 | Paiement à (uniquement assurés collectifs)  |   |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Employeur   |   |  |
| 6. Autres assurances            | 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             |
|                                 | Si oui, n° de police  | Nom de l'assureur   |  |
|                                 | _____   | _____   |  |
| 7. Assureur LPP                 | Nom de l'assureur LPP   |   |  |
|                                 | _____   |   |  |
| 8. Assurance-invalidité         | Annonce pour détection précoce effectuée?   | <input type="checkbox"/> Non  | <input type="checkbox"/> Oui, le _____   |
|                                 | Annonce AI effectuée?   | <input type="checkbox"/> Non  | <input type="checkbox"/> Oui, le _____   |
| 9. Preuve de la perte de revenu | <b>Prière de compléter au verso.</b>  |   |  |

|   |   |                 |   |
|---|---|-----------------|---|
| <b>Indépendants<br/>et propriétaires<br/>d'entreprise</b><br>avec sommes<br>salariales fixes  | Branche   | Forme juridique | Nombre d'employés   |
|   | Devez-vous arrêter votre entreprise pendant votre incapacité de travail?  |                 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|   | Si non, votre incapacité de travail entraîne-t-elle des frais supplémentaires ou une perte du chiffre d'affaires? |                 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|   | Si oui, pourquoi?   |                 |   |
|   |   |                 | CHF /par mois   |
|   |   | CHF /par mois   |   |
| <b>Prière de joindre une copie du compte d'exploitation de la dernière année commerciale.</b> |   |                 |   |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Chômeurs</b> | <b>Prière de joindre la copie du dernier décompte des indemnités de l'assurance-chômage.</b> |
|-----------------|--|

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Employés</b> | <b>Prière de remplir ou de faire remplir par votre employeur la page suivante et de la faire signer par votre employeur.</b> |
|-----------------|--|

Lieu et date

Signature de l'assuré(e):

\_\_\_\_\_

## Déclaration d'accident/maladie pour les bénéficiaires de l'assurance individuelle d'indemnités journalières

y c. assurés collectifs avec sommes salariales fixes

|                |       |
|----------------|-------|
| N° de contrat  | _____ |
| N° d'assuré(e) | _____ |

|                  |   |                   |                        |
|------------------|---|-------------------|------------------------|
| Personne assurée | Nom, prénom et adresse avec NPA                               | Date de naissance | N° AVS (à 13 chiffres) |
|                  | _____   | _____             | _____                  |
|                  | _____   | Nationalité       | Téléphone              |
|                  | _____   | _____             | _____                  |
|                  | <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme | Langue            | _____                  |

| Employés<br>y compris les membres de la famille travaillant dans l'entreprise avec sommes salariales fixes |                             | %                       | CHF/h.   | CHF/jour                                 | CHF/mois | CHF/année |
|--|-----------------------------|-------------------------|--|--|----------|-----------|
|  | <b>Salaire de base brut</b> | _____                   | _____  | _____                                    | _____    | _____     |
| Allocation de renchérissement  | _____                       | _____                   | _____  | _____                                    | _____    | _____     |
| Salaire à la tâche/commission  | _____                       | _____                   | _____  | _____                                    | _____    | _____     |
| Allocations familiales   | _____                       | _____                   | _____  | _____                                    | _____    | _____     |
| Indemnité de vacances  | _____                       | _____                   | _____  | _____                                    | _____    | _____     |
| Indemnité de jour férié  | _____                       | _____                   | _____  | _____                                    | _____    | _____     |
| Gratification/13 <sup>ème</sup> salaire mensuel  | _____                       | _____                   | _____  | _____                                    | _____    | _____     |
| Autres allocations de salaire, type  | _____                       | _____                   | _____  | _____                                    | _____    | _____     |
| Salaire en nature, type  | _____                       | _____                   | _____  | _____                                    | _____    | _____     |
| Durée de travail hebdomadaire  |                             |                         | Travail  |  |          |           |
| jours  | heures                      | h. de trav. habituelles | <input type="checkbox"/> régulier                            | <input type="checkbox"/> temporaire      |          |           |
| _____  | _____                       | _____                   | <input type="checkbox"/> irrégulier                          | <input type="checkbox"/> chômage partiel |          |           |
| Quel revenu l'employé(e) reçoit-il(elle) pendant son incapacité de travail?                                |                             |                         |  |  |          |           |
| <input type="checkbox"/> Poursuite du versement du salaire selon le contrat de travail                     |                             |                         |  |  |          |           |
| de   | au                          | %                       | CHF  |  |          |           |
| _____  | _____                       | _____                   | _____  |  |          |           |
| de   | au                          | %                       | CHF  |  |          |           |
| _____  | _____                       | _____                   | _____  |  |          |           |
| <input type="checkbox"/> Prestations de l'assurance collective d'indemnités journalières                   |                             |                         |  |  |          |           |
| de   | au                          | %                       | CHF  |  |          |           |
| _____  | _____                       | _____                   | _____  |  |          |           |
| Le revenu est-il soumis à l'impôt à la source?   |                             |                         | Si oui, N° du RCE (ou joindre une copie du permis de séjour) |  |          |           |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |                             |                         | _____  |  |          |           |
| <b>Prière de joindre une copie des trois derniers décomptes de salaire.</b>                                |                             |                         |  |  |          |           |

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

\_\_\_\_\_