

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 _____		
	Paieement 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	Prière de compléter au verso.			

Indépendants et propriétaires d'entreprise avec sommes 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	
Prière de joindre une copie du compte d'exploitation de la dernière année commerciale.			

Chômeurs	Prière de joindre la copie du dernier décompte des indemnités de l'assurance-chômage.
-----------------	--

Employés	Prière de remplir ou de faire remplir par votre employeur la page suivante et de la faire signer par votre employeur.
-----------------	--

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 y compris les membres de la famille travaillant dans l'entreprise avec sommes salariales fixes		%	CHF/h.	CHF/jour	CHF/mois	CHF/année
	Salaire de base brut	_____	_____	_____	_____	_____
Allocation de renchérissement	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Salaire à la tâche/commission	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Allocations familiales	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Indemnité de vacances	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Indemnité de jour férié	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gratification/13 ^{ème} 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			_____			
Prière de joindre une copie des trois derniers décomptes de salaire.						

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur
