



CSS

Assurance

# Avis d'incapacité de travail

## Les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie pour entreprises

Veillez faire valoir vos droits dans les cinq jours qui suivent l'expiration du délai d'attente convenu, au plus tard cependant 30 jours après le début de l'incapacité de travail. Merci de joindre l'attestation d'incapacité de travail ou l'annonce de l'incapacité de travail.

### 1 Preneur d'assurance

Entreprise	N° de partenaire	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	E-mail	NPA/Localité
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personne de contact	N° de téléphone	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2 Personne assurée

#### 2.1 Données personnelles

Prénom	Nom	Numéro client
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de téléphone		Sexe
Privé <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
N° AVS	Nationalité	Permis de séjour
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Autre
Soumis(e) à l'impôt à la source	Langue pour la correspondance	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien
Date de l'engagement	Rapport de travail	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non résilié <input type="checkbox"/> Résilié au	<input type="text"/>

#### 2.2 Activité professionnelle

Activité professionnelle actuelle	Branche de l'entreprise
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Il s'agit principalement d'une activité	<input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Assise <input type="checkbox"/> Variable
	<input type="checkbox"/> Administrative <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Avec ports de charges
Horaire de travail	
<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/> Chômage partiel <input type="checkbox"/> Horaire de travail habituel	<input type="text"/> heures/semaine <input type="text"/> Taux d'activité en %
Autres employeurs	
Nom	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 2.3 Cercle de personne

<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Employé(e)	<input type="checkbox"/> Employé(e) temps partiel	<input type="checkbox"/> Membre famille
<input type="checkbox"/> Auxiliaire	<input type="checkbox"/> Apprenti(e)	<input type="checkbox"/> Retraité(e)	<input type="text"/>

## 2.4 Salaire

Salaire (CHF)

Salaire de base contractuel av. alloc. de renchérissement (brut)

Par heure

Par mois

Par année

Allocations pour enfants, familiales n'indiquer que si assurées

Indemnisation de vacances/jours fériés

%

Gratification, 13e salaire

%

Autres versements de salaires

Lesquels

Contributions AVS

## 2.5 Autres prestations d'assurance

La personne assurée touche-t-elle des prestations ou a-t-elle le droit à des prestations d'assurances sociales (AVS, assurance-invalidité, assurance-maladie, assurance militaire, assurance-accidents, assurance-chômage, entre autres) ou d'assurances privées, ou encore d'assurances sociales et privées étrangères, ou de telles prestations ont-elles été demandées?

Non

Oui (veuillez joindre un justificatif)

Nom, adresse de l'assurance

Type de prestation

## 3 Incapacité de travail

Incapacité de travail en raison de

Maladie

Accident

Maladie professionnelle

Maternité

Date prévue pour l'accouchement

Indications concernant la maladie\*

Douleur dorsale

Affection psychique

Maladie cardio-vasculaire

\* L'employeur est tenu d'informer l'employé(e) sur la transmission de l'information.

Cancer

Autres

Rechute

Non

Oui

Laquelle

Dernier jour de travail avant l'incapacité de travail

Degré d'incapacité de travail

%

du

au

%

du

au

Durée probable de l'incapacité de travail

jours

Nom, adresse du médecin traitant

D'autres investigations sont-elles souhaitées?

Oui

Non

Communications et remarques importantes

Localité

Date

Timbre, signature du preneur d'assurance