Déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur

N° de dossier:

1. Employeur	N° du contrat collectif:	Unité administrative:			
	N° tél.:	Personne de contact:			
	Email:				
2. Employé ☐ Homme ☐ Femme Nom et prénom: Rue: NPA Domicile: Email:	Date de naissance:	N° AVS (13 chiffres):			
	Nationalité:	Type de permis de séjour:			
	Assujetti à l'impôt à la source: ☐ oui ☐ non				
	N° de téléphone fixe:	N° de téléphone mobile:			
	Médecin:				
	3. Rapport de travail				
Activité professionnelle habituelle:					
Dans quel secteur de l'entreprise ?					
Date d'engagement: _____ Echéance en cas de contrat de durée déterminée: _____					
L'employé a-t-il été licencié? ☐ oui ☐ non ou donné son congé? ☐ oui ☐ non					
Si oui, date de la notification: _____ Pour quelle échéance? _____					
4. Période de l'incapacité					
Quand l'employé a-t-il travaillé pour la dernière fois avant l'incapacité ? (date, heure) :					
Début de l'incapacité (date, heure) :					
Reprise effective du travail le: _____ à _____ %					
Si toujours en incapacité, durée prévisible en jours: _____					
5. Cause de l'incapacité					
☐ maladie ☐ accident ☐ maladie professionnelle ☐ maternité, terme prévu: _____					
Genre de maladie / blessure: _____					
S'agit-il d'une rechute d'une précédente période d'incapacité? ☐ non ☐ oui, celle du: _____					
6. Contrôle					
Un contrôle est-il désiré? ☐ oui ☐ non Langue nationale comprise par l'employé: _____					
7. Horaire travail					
Heures par semaine: _____ Heures par année: _____ Taux d'occupation en %: _____					
Horaire irrégulier? ☐ oui ☐ non					
8. Salaire					
		Fr./heure	Fr./jour	Fr./mois	Fr./année
8.1 Salaire brut (sans 8.2 et 8.3)					
8.2 Indemnités pour vacances/jours fériés		% ou			
8.3 Gratification/13e salaire		% ou			
8.4 Autres allocations		% ou			
Si oui, lesquelles :					
9. Autres prestations d'assurances					
L'employé a-t-il droit ou a-t-il fait valoir un droit à des indemnités journalières ou à une rente ? ☐ non ☐ oui:					
☐ AI / AVS ☐ SUVA ou autre assureur LAA ☐ assurance personnelle/privée ☐ Assurance chômage					
☐ LPP ☐ Assurance militaire ☐ autre:					
En cas d'affiliation LPP auprès d'une fondation du Groupe Mutuel, cette déclaration sera communiquée après un délai d'attente de trois mois.					
10. Adresse de paiement					
☐ Employeur		☐ Employé			
Nom et adresse de la banque:					
N° de CCP ou compte bancaire (IBAN)					
11. Remarques					

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur :