

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	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Fr./heure</th> <th>Fr./jour</th> <th>Fr./mois</th> <th>Fr./année</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8.1 Salaire brut (sans 8.2 et 8.3)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8.2 Indemnités pour vacances/jours fériés</td> <td>% ou</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8.3 Gratification/13e salaire</td> <td>% ou</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8.4 Autres allocations</td> <td>% ou</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Si oui, lesquelles :			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				
		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																														
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 :

Signature et timbre :

Sociétés de Groupe Mutuel Holding SA :

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA
 SUPRA-1846 SA / AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA / Groupe Mutuel Vie GMV SA

Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA : Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

Rue des Cèdes 5 – 1920 Martigny

www.groupemutuel.ch