

## Déclaration d'incapacité de travail maladie

N° de dossier:

<b>1. Employeur</b>	N° du contrat collectif:	Unité administrative:			
	N° tél.:	Personne de contact:			
	Email:				
<b>2. Employé</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui				
	N° de téléphone fixe:	N° de téléphone mobile:			
	Médecin:				
<b>3. Rapport de travail</b>	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? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ou donné son congé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de la notification: _____ Pour quelle échéance?				
<b>4. Période de l'incapacité</b>	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:				
<b>5. Cause de l'incapacité</b>	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> maternité, terme prévu: _____				
	Genre de maladie / blessure:				
	S'agit-il d'une rechute d'une précédente période d'incapacité? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, celle du:				
<b>6. Contrôle</b>	Un contrôle est-il désiré? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Langue nationale comprise par l'employé:				
	<b>7. Horaire travail</b> Heures par semaine: _____ Heures par année: _____ Taux d'occupation en %: _____ Horaire irrégulier? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
<b>8. Salaire</b>		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 :					
<b>9. Autres prestations d'assurances</b>	L'employé a-t-il droit ou a-t-il fait valoir un droit à des indemnités journalières ou à une rente ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui:				
	<input type="checkbox"/> AI / AVS <input type="checkbox"/> SUVA ou autre assureur LAA <input type="checkbox"/> assurance personnelle/privée <input type="checkbox"/> Assurance chômage <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assurance militaire <input type="checkbox"/> 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.				
<b>10. Adresse de paiement</b>	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé				
	Nom et adresse de la banque:				
	N° de CCP ou compte bancaire (IBAN)				
<b>11. Remarques</b>					

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur :