

## Déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur

<b>N° de dossier</b>						
<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	Date de naissance:                      N° AVS (13 chiffres):					
	Nom et prénom:	Nationalité:                      Type de permis de séjour:				
	Rue:	Assujetti à l'impôt à la source: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
	NPA:	N° de téléphone fixe:                      N° de téléphone mobile:				
	Domicile:	Médecin:				
Email:						
<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 :			
	Horaire irrégulier? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Taux d'occupation en %:			
<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 :

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