

Déclaration d'incapacité de travail maladie

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: ☐ non ☐ oui				
	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 :