

Route des Avouillons 30 - 1196 Gland
T +41 22 365 66 64 / F +41 22 365 66 60

--

Employeur	Nom			
	Adresse			
	No postal / localité			
	Téléphone / Fax			
	Mail			
	N° de contrat d'assurance			
	CCP ou compte bancaire			

Assuré(e)	Nom, prénom			
	Adresse			
	No postal / localité			
	Date de naissance et sexe		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
	Etat civil	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf(ve)		
	No AVS			
	Téléphone privé / Natel			
	Mail			
	Nationalité			
	Permis de séjour-travail (A,B,C,F,G,L,N)			
Soumis à l'impôt à la source	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : no RCE			

Contrat de travail	Fonction et profession			
	Date d'engagement			
	Si résiliation : date de résiliation			
	Si durée limitée : date d'échéance			

Incapacité de travail	Date de cessation du travail			
	Si connue : date de reprise du travail		Taux d'activité: %	
	Genre d'affection			
	Depuis quand la 1 ^{ère} fois			
	Nom, prénom, adresse du 1 ^{er} médecin			
	S'agit-il des suites d'un accident	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Médecin traitant (si différent): Nom, prénom, adresse date 1 ^{ère} consultation			

Horaire de travail hebdomadaire	En jours:	En heures:	En heures pour l'entreprise:	
	Occupation:	<input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Irrégulière <input type="checkbox"/> Chômage partiel <input type="checkbox"/> Chômage total		

Salaire CHF	par	Heure	Jour	Mois	Année
Salaire de base (brut, y c. renchérissement)					
A la tâche / provision					
Allocation pour enfant/famille					
Indemnités vacances/jours fériés (% ou CHF)					
Gratification / 13 ^{ème} salaire (% ou CHF)					
Autre allocation - genre:					
En nature - genre:					

Autres prestations d'assurances sociales	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui lesquelles : _____
L'assuré(e) a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale : Caisse maladie, assurance LAA, invalidité, vieillesse et survivants, militaire, chômage	

Va à : Courtier

Timbre et signature de l'employeur: Formulaire agréé ACA

Lieu et date: _____

--

Route des Avouillons 30 - 1196 Gland
 T +41 22 365 66 64 / F +41 22 365 66 60

--

Fiche d'incapacité de travail

Assuré(e)	Nom, prénom		
	Adresse		
	No postal / localité		
	Date de naissance et sexe		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

Sinistre	Date de l'accident ou de la maladie	
	N° de police	S'agit-il des suites d'un accident <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Médecin	Consultations dates et heures		Incapacité de travail		Signature du médecin
	Prochaine	Faite	%	Dès le	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Date de fin du traitement médical					
Timbre du médecin					

Employeur	Nom		
	Adresse		
	No postal / localité		
	No de contrat d'assurance		
	Date de reprise du travail de l'assuré(e)		
	Lieu et date		
	Signature de l'employeur		

Indications pour l'assuré(e):

Cette fiche d'incapacité de travail est conservée par l'assuré(e).

Lors de chaque visite, la présente fiche doit être remise au médecin afin de compléter la rubrique no 3.

Au terme du traitement médical, l'assuré remet la présente fiche à son employeur. Ce dernier y inscrit la date de reprise du travail et l'envoie rapidement à l'assurance.

Si l'incapacité de travail se prolongeait au-delà d'un mois, une copie de la présente fiche sera retournée à la fin de chaque mois à votre assurance.

Remarques à l'attention du médecin:

La tenue à jour de la présente fiche permet à votre assurance de renoncer aux certificats médicaux intermédiaires et finaux, sous réserve de cas particuliers.