

--

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		Taux d'activité: %	
	Si connue : date de reprise du travail			
	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
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	si oui lesquelles : <input type="text"/>

Va à : Courtier

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur: Formulaire agréé ACA

--

--

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

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'envoi 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.