

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

--

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

<b>Assuré(e)</b>	Nom, prénom					
	Adresse					
	No postal / localité					
	Date de naissance et sexe		Homme	Femme		
	Etat civil	Célibataire	Marié	Divorcé	Séparé	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	oui	non	Si oui : no RCE			

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

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

<b>Horaire de travail hebdomadaire</b>	En jours:	En heures:	En heures pour l'entreprise:	
	Occupation:	Régulière	Irrégulière	Chômage partiel

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 <sup>ème</sup> salaire (% ou CHF)					
Autre allocation - genre:					
En nature - genre:					

<b>Autres prestations d'assurances sociales</b>	oui	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 :	

Va à : Courtier

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur: Formulaire agréé ACA

--

--

**Fiche d'incapacité de travail**

<b>Assuré(e)</b>	Nom, prénom		
	Adresse		
	No postal / localité		
	Date de naissance et sexe		Homme    Femme

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

<b>Médecin</b>	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					

<b>Employeur</b>	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.