

Déclaration d'incapacité de travail maladie

Employeur

Informations sur l'entreprise

| | |
|----------------------|-------|
| Raison Sociale | _____ |
| Rue / Numéro | _____ |
| Complément d'adresse | _____ |
| NPA / Localité | _____ |
| N° du contrat | _____ |
| Unité administrative | _____ |
| Numéro de téléphone | _____ |
| Adresse e-mail | _____ |
| Personne de contact | _____ |

Personne assurée

Informations personnelles de l'assuré

| | |
|---|--|
| Civilité | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| Prénom | _____ |
| Nom | _____ |
| Identifiant de l'employé | _____ |
| Etat civil | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Partenaire enregistré <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Marié |
| Date de naissance | Date (jj/mm/aaaa) : _____ |
| Nationalité / Permis de séjour | _____ |
| Numéro d'assurance sociale | _____ |
| Enfant(s) à charge | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Recevez-vous une prestation d'assurance sociale ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Type de prestation | <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 |

Coordonnées de l'assuré

| | |
|----------------------|-------|
| Pays de résidence | _____ |
| Rue / Numéro | _____ |
| Complément d'adresse | _____ |
| NPA / Localité | _____ |
| Numéro de téléphone | _____ |
| Adresse e-mail | _____ |

Coordonnées bancaires/postales

| | |
|---|---|
| À qui doivent-êtré versées les indemnités ? | <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé |
| IBAN de l'employé | _____ |

Rapport de travail

Informations contractuelles

| | |
|-----------------------------|---|
| Type de contrat | <input type="checkbox"/> Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Durée déterminée |
| Début du contrat de travail | Date (jj/mm/aaaa) : _____ |
| Fin du contrat de travail | Date (jj/mm/aaaa) : _____ |
| Le contrat est-il résilié ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Type de résiliation | <input type="checkbox"/> Licenciement <input type="checkbox"/> Congé |
| Date de notification | Date (jj/mm/aaaa) : _____ |
| Pour quelle échéance ? | Date (jj/mm/aaaa) : _____ |

| | |
|--------------------------|--|
| Fonction | <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire |
| Profession exercée | _____ |
| Lieu de travail habituel | _____ |

Horaire de travail

| | |
|--|---|
| Temps de travail de l'assuré | _____ H/semaine |
| Taux d'occupation contractuel | _____ % |
| Horaire par année | _____ H/année |
| Type d'occupation du poste | <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Irrégulière |
| L'entreprise est-elle au chômage partiel ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Nombre de jours de home office par semaine | _____ jours |

Incapacité de travail

Incapacité de travail

| | |
|---------------------------|--|
| Type d'incapacité | <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident |
| Description de la maladie | _____ |

| | |
|--|--|
| Dernier jour de travail avant l'incapacité | Date (jj/mm/aaaa) : _____ Heure [hh:mm] : _____ |
| Début de l'incapacité | Date (jj/mm/aaaa) : _____ Heure [hh:mm] : _____ |
| Taux d'incapacité | _____ % |
| Remarques ou commentaires | _____ |

Reprise du travail

| | |
|---|---------------------------|
| Date effective de la reprise du travail | Date (jj/mm/aaaa) : _____ |
|---|---------------------------|

Visite de contrôle

| | |
|---|---|
| Souhaitez-vous une visite de contrôle ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Salaires

Données salariales

| | |
|--|--|
| Assujetti à l'impôt à la source | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Montant du salaire brut | _____ |
| Périodicité | <input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> journalier |
| Bonus, 13 ^e mois de salaire (et suivants) | _____ |
| Périodicité | <input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> pourcentage |

Autres prestations

| | |
|--|--|
| Indemnités pour vacances, jours fériés | _____ |
| Périodicité | <input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> pourcentage |
| Allocations pour enfant, famille | _____ |
| Périodicité | <input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel |
| Allocation de renchérissement | _____ |
| Périodicité | <input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel |
| Autres compléments de salaire | _____ |
| Montant total des compléments | _____ |
| Périodicité | <input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel |

Lieu et date : _____