Déclaration de maladie IJM

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Maladie | Maternité | | | | | Accident / maladie professionnelle | | | | | | | | | | | | | Rechute | |
| Compagnie d’assurance | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de police | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de sinistre | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assuré | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom, prénom / employeur | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personne de contact | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de téléphone | | | |  | | | | | | | | E-mail | |  | | | | | | |
| Compte bancaire ou CCP / N° IBAN | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Êtes vous autorisé à déduire l’impôt préalable? | | | | Qui | | | | | | | | Non | | | | | | | | |
| Personne malade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom, prénom | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone | | |  | | | | | | | | E-mail | | | |  | | | | | |
| Nationalité | | |  | | | | | | | | Etat civil | | | |  | | | | | |
| Autorisation de séjour | | | A | | | | B | | | | C | | | | Autre | |  | | | |
| Date de naissance | | |  | | | | | | | | Sexe | | | |  | | | | | |
| Numéro AVS (11 caractères) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emploi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date d’engagement | | |  | | | | | Profession exercée | | | | | | |  | | | | | |
| Rapport de travail | | | Durée  indéterminée | | | | | Durée  déterminée | | | | | | | Résilié au | | | | |  |
| Fonction | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cadre supérieur | | Cadre moyen | | | | | | Employé / travailleur | | | | | | | | | | | | |
| Apprenti | | Stagiaire | | | | | | Profession | | | | |  | | | | | | | |
| Répartition en pourcentage | | |  | | % debout | | | |  | % en alternance | | | | | |  | | % assis | | |
| Charge physique | | |  | | Lourde | | | |  | Moyenne | | | | | |  | | Légère | | |
| La charge sollicite | | |  | | le dos | | | |  | les épaules | | | | | |  | | ni le dos ni les épaules | | |
| Des poids de plus de 10 kg doivent être régulièrement soulevés | | |  | | Non | | | |  | Oui | | | | | | Env. | | fois par jour | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Informations relatives à la maladie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Début de l’incapacité de travail | | |  | | | | Durée probable | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Cause | | |  | Maladie | | |  | | Maternité | | | | | |  | | | Accident / Maladie  professionnelle | | | | | |
| Le patient a-t-il déjà souffert de la même maladie dans le passé? | | |  | Non | | |  | | Oui | | | | Quand | | | | |  | | | | | |
| Nature des troubles | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresses des médecins | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Médecin / hôpital / clinique ayant dispensé les premiers soins | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Médecin / hôpital / clinique pour la suite du traitement | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Absences liées à la maladie au cours des 12 derniers mois | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jusqu’à 1 semaine |  | fois | Jusqu’à 2 semaines | | | | |  | Fois | | Plus de 2 semaines | | | | | | | | | |  | fois | |
| Remarques | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Des vacances à l’étranger sont-elles prévues? | | |  | Non | | |  | | Oui | | Du – au | | | | | | |  | | | | | |
| Informations relatives au salaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La personne assurée a quitté le travail | | | le | | | à | | |  | | | h | | | | | | | | | | | |
| La personne assurée a repris le travail | | | Partiellement, à hauteur de | |  | % | | | Le |  | | | | | | | | à |  | | | | h |
| Heures de travail hebdomadaires de la personne blessée | | | Heures par semaine | | | | | |  | | | | | | | Irrégulier | | | | | | | |
| Jours par semaine | | | | | |  | | | | | | | Irrégulier | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | Chômage partiel | | | | | | | |
| Heures de travail habituelles à temps complet | | |  | | | | | | Heures par semaine | | | | | | | |  | | | | | | |
| Salaire | | | | | CHF par | | | | Heure | | | | | Mois | | | | | | Année | | | |
| Salaire contractuel de base, y compris allocation de renchérissement (brut) | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Allocations familiales / pour enfants | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Indemnités pour vacances / jours fériés | | | | | % ou | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Gratification / 13e mois de salaire (et suivants) | | | | | % ou | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Autres compléments de salaire (p. ex. à la tâche / commission / en nature / travail par équipes) | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Désignation | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Autres prestations d’assurances sociales | |
| L’assuré a-t-il droit à une indemnité journalière ou rente d’une assurance maladie, une prestation de la Suva ou autre assurance obligatoire contre les accidents, assurance invalidité, assurance vieillesse et survivants, institution de pré-voyance professionnelle, assurance militaire, caisse de chômage? | |
| Si oui, laquelle? |  |
| **Nom de l’assurance maladie  obligatoire** |  |

|  |
| --- |
| Remarques |
|  |
| La personne soussignée autorise l’assureur à prendre connaissance de tous les documents médicaux et officiels relatifs à l’accident. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu, date |  | Cachet et signature |  |

Veuillez renvoyer le formulaire par e-mail à info@qualibroker.ch ou par la poste.

Vous trouverez l’adresse dans le coin inférieur gauche de la première page. Merci d’avance.