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.com ou par la poste.

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