

# Déclaration de maladie

		No de dossier				
<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec NPA	No de téléphone		No de police		
	_____					
	_____					
<b>2. Assuré</b>	Nom et prénom	Date de naissance		No de téléphone		
	Rue	Nationalité		Permis de séjour		
	NPA                      Domicile	No AVS				
	_____					
<b>3. Quand l'assuré a-t-il travaillé pour la dernière fois avant la maladie?</b>						
<b>4. Le contrat de travail est:</b> <input type="checkbox"/> en vigueur <input type="checkbox"/> résilié <input type="checkbox"/> résilié pour le:						
<b>5.1 Activité habituelle de l'assuré dans l'entreprise :</b> _____						
<b>5.2 La personne assurée a-t-elle des tâches dirigeantes?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
<b>5.3 La personne assurée accomplit-elle son activité principalement :</b> <input type="checkbox"/> debout <input type="checkbox"/> assise						
<b>5.4 L'activité de la personne assurée s'exerce-t-elle de manière?</b> <input type="checkbox"/> administrative <input type="checkbox"/> manuelle						
<b>5.5 La personne assurée doit-elle soulever / transporter régulièrement des poids supérieurs à 5 kg.</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
<b>6. Date d'engagement dans l'entreprise</b>						
<b>7. Adresse du médecin</b>		Premiers soins par médecin/hôpital		Suite du traitement par médecin/hôpital		
<b>8. Horaire de travail</b>						
	Jours/semaine	Heures/semaine	Horaire hebdomadaire habituel de l'entreprise			
<b>9. Salaire (* si soumis AVS)</b>		Fr. par	heure	jour	mois	année
* Salaire de base (brut) .....						
Allocations pour enfants/famille .....						
* Indemnités pour vacances/jours fériés _____ % ou _____						
* Autres allocations (genre) _____						
* Gratification/13ème salaire .....						
<b>10. L'assuré a-t-il déjà droit aux indemnités journalières ou à des rentes de:</b> l'assurance maladie, de la SUVA ou d'une autre assurance accidents obligatoire, de l'assurance invalidité, de l'assurance vieillesse et survivants, d'une institution de prévoyance professionnelle, de l'assurance militaire, de la caisse de chômage ? Si oui, quelle assurance ou institution ?						
<b>11. Versement indemnité journalière</b>	No de CCP	Titulaire du compte				
	ou	ou				
	No du CCP de la banque	Nom de la banque				
	No du compte bancaire	Titulaire du compte				
<b>12. Autorisation</b> J'ai lu l'autorisation concernant le traitement des données au verso et je l'accepte.						
Lieu / Date:			Signature de la personne assurée:			
_____			_____			
Lieu / Date:			Signature et timbre de l'employeur:			
_____			_____			

Après avoir complété le formulaire, veuillez détacher le certificat médical et l'adresser sans délai au médecin-traitant.

Va à: **La Bâloise, Compagnie d'Assurances**  
Aeschengraben 21, Case postale 2275, CH-4002 Bâle, Téléphone 061 285 85 85, Fax 061 285 70 70  
ou au centre de sinistres que vous connaissez.

Le/la soussigné(e) autorise la Bâloise, Compagnie d'Assurances [la Bâloise, Compagnie d'Assurances sur la Vie] (ci-après «la Bâloise») à utiliser les données le/la concernant, dans le cadre de l'examen et du traitement du présent cas d'assurance. La Bâloise peut notamment:

- transmettre des données à des tiers concernés en Suisse ou à l'étranger (p. ex. coassureur, réassureur, Case Manager);
- exercer un recours éventuel contre un tiers responsable (p. ex. assureur responsabilité civile) et communiquer à ce dernier les données nécessaires;
- se procurer toute information utile auprès des fournisseurs de prestations médicales (médecins, chiropraticiens, psychologues, personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical, laboratoires, hôpitaux, institutions de soins semi-stationnaires ou ambulatoires, hospices), des assureurs sociaux (AVS, AI, LAA, LAMal) et privés, des institutions de prévoyance, des autorités, du ou des employeurs, des témoins ainsi que de toute autre personne susceptible de fournir des renseignements, et consulter leurs dossiers.

Le/la soussigné(e) autorise les personnes et institutions concernées à transmettre à la Bâloise (Service médical), sur simple demande de la part de celle-ci, les données nécessaires à l'examen et au traitement du cas d'assurance. Il/elle les libère à cet effet de leur obligation de confidentialité.

Le/la soussigné(e) libère également la Bâloise de son obligation de confidentialité pour les données que celle-ci pourrait être amenée à communiquer à des tiers dans le cadre du règlement du cas d'assurance.

# Déclaration de maladie (double pour l'employeur)

		No de dossier	
<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec NPA	No de téléphone	No de police
	_____		
<b>2. Assuré</b>	Nom et prénom	Date de naissance	No de téléphone
	Rue	Nationalité	Permis de séjour
	NPA                      Domicile	No AVS	
<b>3. Quand l'assuré a-t-il travaillé pour la dernière fois avant la maladie?</b>			
<b>4. Le contrat de travail est:</b> <input type="checkbox"/> en vigueur <input type="checkbox"/> résilié <input type="checkbox"/> résilié pour le:			
<b>5.1 Activité habituelle de l'assuré dans l'entreprise :</b> _____			
<b>5.2 La personne assurée a-t-elle des tâches dirigeantes?</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>5.3 La personne assurée accomplit-elle son activité principalement :</b>		<input type="checkbox"/> debout	<input type="checkbox"/> assise
<b>5.4 L'activité de la personne assurée s'exerce-t-elle de manière?</b>		<input type="checkbox"/> administrative	<input type="checkbox"/> manuelle
<b>5.5 La personne assurée doit-elle soulever / transporter régulièrement des poids supérieurs à 5 kg.</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>6. Date d'engagement dans l'entreprise</b>			
<b>7. Adresse du médecin</b>		Premiers soins par médecin/hôpital                      Suite du traitement par médecin/hôpital	
<b>8. Horaire de travail</b>		Jours/semaine                      Heures/semaine                      Horaire hebdomadaire habituel de l'entreprise	
<b>9. Salaire (* si soumis AVS)</b>		Fr. par	
* Salaire de base (brut) .....		heure	jour
Allocations pour enfants/famille .....		mois	année
* Indemnités pour vacances/jours fériés _____ % ou _____			
* Autres allocations (genre) _____			
* Gratification/13ème salaire .....			
<b>10. L'assuré a-t-il déjà droit aux indemnités journalières ou à des rentes de:</b> l'assurance maladie, de la SUVA ou d'une autre assurance accidents obligatoire, de l'assurance invalidité, de l'assurance vieillesse et survivants, d'une institution de prévoyance professionnelle, de l'assurance militaire, de la caisse de chômage ?			
Si oui, quelle assurance ou institution ?			
<b>11. Versement indemnité journalière</b>		Titulaire du compte	
No de CCP		ou	
ou		Titulaire du compte	
No du CCP de la banque		Nom de la banque	
No du compte bancaire		Titulaire du compte	
<b>12. Autorisation</b>			
J'ai lu l'autorisation concernant le traitement des données au verso et je l'accepte.			
Lieu / Date:		Signature de la personne assurée:	
_____		_____	
Lieu / Date:		Signature et timbre de l'employeur:	
_____		_____	

Après avoir complété le formulaire, veuillez détacher le certificat médical et l'adresser sans délai au médecin-traitant.

Va à: **La Bâloise, Compagnie d'Assurances**  
 Aeschengraben 21, Case postale 2275, CH-4002 Bâle, Téléphone 061 285 85 85, Fax 061 285 70 70  
 ou au centre de sinistres que vous connaissez.

Le/la soussigné(e) autorise la Bâloise, Compagnie d'Assurances [la Bâloise, Compagnie d'Assurances sur la Vie] (ci-après «la Bâloise») à utiliser les données le/la concernant, dans le cadre de l'examen et du traitement du présent cas d'assurance. La Bâloise peut notamment:

- transmettre des données à des tiers concernés en Suisse ou à l'étranger (p. ex. coassureur, réassureur, Case Manager);
- exercer un recours éventuel contre un tiers responsable (p. ex. assureur responsabilité civile) et communiquer à ce dernier les données nécessaires;
- se procurer toute information utile auprès des fournisseurs de prestations médicales (médecins, chiropraticiens, psychologues, personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical, laboratoires, hôpitaux, institutions de soins semi-stationnaires ou ambulatoires, hospices), des assureurs sociaux (AVS, AI, LAA, LAMal) et privés, des institutions de prévoyance, des autorités, du ou des employeurs, des témoins ainsi que de toute autre personne susceptible de fournir des renseignements, et consulter leurs dossiers.

Le/la soussigné(e) autorise les personnes et institutions concernées à transmettre à la Bâloise (Service médical), sur simple demande de la part de celle-ci, les données nécessaires à l'examen et au traitement du cas d'assurance. Il/elle les libère à cet effet de leur obligation de confidentialité.

Le/la soussigné(e) libère également la Bâloise de son obligation de confidentialité pour les données que celle-ci pourrait être amenée à communiquer à des tiers dans le cadre du règlement du cas d'assurance.

# Certificat médical de maladie

		No de dossier	
<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec NPA	No de téléphone	No de police
	_____		
	_____		
<b>2. Assuré</b>	Nom et prénom	Date de naissance	No de téléphone
	Rue	Nationalité	Permis de séjour
	NPA                      Localité	No AVS	
<b>3. Quand l'assuré a-t-il travaillé pour la dernière fois avant la maladie?</b>			
<b>4. Le contrat de travail est:</b> <input type="checkbox"/> en vigueur <input type="checkbox"/> résilié <input type="checkbox"/> résilié pour le:			
<b>5.1 Activité habituelle de l'assuré dans l'entreprise :</b> _____			
<b>5.2 La personne assurée a-t-elle des tâches dirigeantes?</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>5.3 La personne assurée accomplit-elle son activité principalement :</b>		<input type="checkbox"/> debout	<input type="checkbox"/> assise
<b>5.4 L'activité de la personne assurée s'exerce-t-elle de manière?</b>		<input type="checkbox"/> administrative	<input type="checkbox"/> manuelle
<b>5.5 La personne assurée doit-elle soulever / transporter régulièrement des poids supérieurs à 5 kg.</b>		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>6. Cause de l'affection?</b> <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> grossesse <input type="checkbox"/> accident			
<b>7. Début du traitement chez vous?</b>			
<b>8. a) Diagnostic?</b> _____			
			ICD-10-CODE: <input style="width: 50px;" type="text"/>
b) Genre de traitement?			
c) Quand et de quelle manière, selon le patient, se sont manifestés les troubles la première fois?			
d) Le patient a-t-il déjà suivi un traitement médical pour les troubles susmentionnés? Si oui, quand et auprès de quel médecin?			
<b>9. En cas de capacité de travail restreinte:</b>			
a) limitation fonctionnelle (dispense)? Genre et durée prévisible?			
Genre:		du:	au:
Degré:		du:	au:
c) D'autres causes (p.ex. traitement) ou motifs non-médicaux (p.ex. chemin du travail), empêchent-ils la reprise du travail?			
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Motif: _____	
		Importance: _____	
<b>10.1 Des examens médicaux spéciaux ou des séjours hospitaliers/de cure sont-ils nécessaires?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui, lesquels et où?			
<b>10.2 Proposez-vous des mesures non médicales particulières?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui, lesquelles?			
<b>11. Le présent certificat est-il un certificat final?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si non, quand le prochain certificat est-il prévu? <input type="checkbox"/> dans 4 semaines <input type="checkbox"/> dans 3 mois            autre: dans _____ semaines			
<b>12. Remarques:</b>			
Lieu / Date:		Signature et timbre du médecin:	
_____		_____	
Honoraires: Fr. _____		<b>Les frais médicaux ne sont pas assurés</b>	

# Feuille maladie

		No de dossier	
<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec NPA	No de téléphone	No de police
	_____		
	_____		
<b>2. Assuré</b>	Nom et prénom	Date de naissance	No de téléphone
	Rue	Nationalité	Permis de séjour
	NPA                      Localité	No AVS	
<b>3. Quand l'assuré a-t-il travaillé pour la dernière fois avant la maladie?</b>			
<b>4. Le contrat de travail est:</b> <input type="checkbox"/> en vigueur <input type="checkbox"/> résilié <input type="checkbox"/> résilié pour le:			
<b>5.1 Activité habituelle de l'assuré dans l'entreprise :</b> _____ <b>5.2 La personne assurée a-t-elle des tâches dirigeantes?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>5.3 La personne assurée accomplit-elle son activité principalement :</b> <input type="checkbox"/> debout <input type="checkbox"/> assise <b>5.4 L'activité de la personne assurée s'exerce-t-elle de manière?</b> <input type="checkbox"/> administrative <input type="checkbox"/> manuelle <b>5.5 La personne assurée doit-elle soulever / transporter régulièrement des poids supérieurs à 5 kg.</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

## Indications pour l'assuré

Nous vous prions d'inscrire le **numéro de dossier** — qui figure dans toute notre correspondance — sur la feuille maladie et de l'indiquer à chaque occasion.

**La feuille maladie** reste en votre possession pendant la durée du traitement; elle doit être présentée au médecin à chaque visite et remise à l'employeur après la fin du traitement. La feuille-maladie ne constitue pas la garantie d'un droit aux prestations.

**L'incapacité de travail** est inscrite par le médecin sur la feuille maladie. Lorsqu'elle n'est que partielle, il faut observer l'horaire de travail complet, sauf si le médecin en prescrit un autre pour des raisons médicales.

## Inscriptions du médecin

Date et heure de la prochaine consultation	de la con- sultation faite	Incapacité de travail		Signature du médecin
		Degré	à partir du	

Date et heure de la pro- chaine consultation	de la consultation faite	incapacité de travail		Signature du médecin
		Degré	à partir du	
Le traitement médical a pris fin le				

**Timbre du médecin**

Lieu / Date:

Va à: **L'assuré -> Employeur -> La Bâloise, Compagnie d'Assurances**  
**Aeschengraben 21, Case postale 2275, CH-4002 Bâle, Téléphone 061 285 85 85, Fax 061 285 70 70**  
**ou au centre de sinistres que vous connaissez.**