

Assurance indemnité journalière en cas de maladie

Déclaration de maladie/Déclaration d'accouchement

Pour annonce immédiate en cas de maladie Téléphone

0800 809 809

N° de police

Preneur d'assurance

Nom/Firme	Compte postal/bancaire
Succursale	Banque/filiale à
Rue	Soumis à TVA <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
NPA/localité	N° de TVA <input type="text" value="(ne pas remplir)"/>
Tél. prof. Mobile	
Fax E-Mail	

Personne assurée

Nom/prénom	Employé comme (indication de la profession et description de l'activité)
Date de naissance État civil	
N° d'AVS	
Rue	
NPA/localité	Date d'entrée en service
Tél. privé Mobile	Activité physique durant le travail
Tél. prof. Mobile	<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> intense
Compte postal/bancaire	<input type="checkbox"/> Charges soulevées poids?
Banque/filiale à	Fréquence? <input type="checkbox"/> fois par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> rarement
	Position de travail
	<input type="checkbox"/> assise <input type="checkbox"/> debout <input type="checkbox"/> alternat. assise/debout
	Redevable de l'impôt à la source <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Maladie (Déclaration d'accouchement voir page 2)

Nature de la maladie	Durée probable
Y a-t-il une incapacité de travail? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	L'assuré a-t-il repris le travail? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Depuis quand? <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> totale	Dans l'affirmative, de puis quand?

Médecin

Médecin traitant	Début du traitement médical <input type="text" value="(ne pas remplir)"/>
Nom/prénom	
Rue	Le patient a-t-il déjà souffert de la même maladie? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
NPA/localité	Quand?
	Par quel médecin a-t-il été traité à l'époque?

Horaire de travail de la personne assurée

Nombre de jours travaillés par semaine _____

Occupation _____

Heures par semaine _____

irrégulière

Heures par jour _____

Si oui, dans quelle mesure? _____

Heures de travail hebdomadaires de l'entreprise _____

chômage partiel

Déclaration d'accouchement

Terme prévu pour l'accouchement _____

Médecin traitant _____

Salaire de la personne assurée

Salaire fixe selon police en CHF _____

Salaire AVS déterminant

CHF par

En espèces Salaire de base (brut) _____

Allocation de renchérissement _____

A la tâche/commission _____

Allocation pour enfants/famille _____

Indemnités pour vacances/jours fériés % ou _____

Autres allocations (genre) _____

Gratification/13^e salaire % ou _____

En nature Genre _____

Total salaire AVS _____

heure	jour	mois	année

Autres assurances

Existe-t-il une autre assurance? (p. ex. caisse maladie)

non

oui

Société _____

N° de police _____

L'assuré autorise la Winterthur à prendre connaissance des documents officiels, du dossier de l'assureur LAA et des pièces médicales. Il autorise en outre la Winterthur à demander et à transmettre à tout tiers, notamment aux autres assureurs intéressés, tous renseignements ou données nécessaires au règlement du sinistre.

Lieu et date _____

Signature de la personne assurée
(si autre que le preneur d'assurance)

Signature du preneur d'assurance
