



## Questionnaire délai d'attente Indemnité journalière en cas de maladie

Raison sociale

Adresse

NPA, localité

Tél. – Fax

Noms des personnes engageant l'entreprise [(Administrateur(s), titulaire de la raison sociale, associés (Sàrl, SNC)]

M./Mme \_\_\_\_\_ fils/fille de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

M./Mme \_\_\_\_\_ fils/fille de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

### Délai d'attente

L'entreprise soussignée choisit la variante suivante pour la couverture de l'indemnité journalière

**1** jour

**14** jours

Le choix du délai de carence est du ressort de l'employeur. Il est applicable à tous les travailleurs de l'entreprise et il reste en vigueur durant toute l'année. Il est reconduit tacitement, sauf préavis *écrit* dans un délai de *6 mois pour la fin d'une année*.

Lieu/Date entreprise

Sion, le

Signature de(s) la personne(s) qui engage(nt) l'entreprise

CAIMA / Assurance maladie

*A nous retourner daté et signé.*