



Déclaration d'incapacité de travail maladie de l'employeur

A remettre immédiatement à l'adresse suivante:

Assurance maladie professionnelle de
l'industrie du bâtiment et du génie civil
Rue de l'Avenir 11, 1951 SION
☎ 027 327 32 40

(A remplir en caractère d'imprimerie)

No de dossier (à remplir par l'assureur)		No du contrat		No entreprise	
1. Employeur	Nom et adresse avec No postal		No tél.		Personne de contact
	Place de travail de l'employé (secteur d'entreprise)				
2. Employé	Nom et prénom		Date de naissance		No AVS (11 chiffres)
	Rue		Nationalité		Type de permis de séjour
	NPA Domicile		No tél.		No d'assuré
3. Rapports de travail	Date d'engagement : Activité professionnelle habituelle : L'employé a-t-il été licencié ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, à quelle date ? L'employé a-t-il donné son congé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, à quelle date ? pour quelle échéance ? pour quelle échéance ?				
4. Début de l'incapacité	Jour/Mois/Année		Heure, minute		Durée prévisible à votre connaissance
5. Cause de l'incapacité	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> maternité, terme prévu : Diagnostic : S'agit-il d'une rechute d'une précédente période d'incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, de laquelle ? Pour l'employée enceinte, quelles sont les dates de la période de congé maternité choisie ?				
6. Contrôle	Un contrôle est-il désiré ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, pourquoi ?				
7. Dernier jour de travail	Quand l'employé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'incapacité ? (date, heure)				
8. Reprise de travail	L'employé a-t-il repris totalement son travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de reprise : L'employé a-t-il repris partiellement son travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de reprise : Taux %				
9. Adresse médecins	Nom et adresse du médecin-traitant : L'employé a-t-il été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, où ?				
10. Horaire de travail	Heures par semaine :		Heures par année :		Taux d'occupation en % :
11. Salaire en espèces	Salaire de base (brut)		Fr./heure	Fr./jour	Fr./mois
	Suppléments éventuels				
	Indemnités pour vacances/jours fériés % ou				
	Gratification/13 ^e salaire % ou				
12. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'assurance sociale: Caisse-maladie, SUVA ou autre assurance accidents obligatoire, LPP, AI, AVS, AM, AC? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, de laquelle ?				
13. Adresse de paiement	<input type="checkbox"/> Employeur		<input type="checkbox"/> Employé		
	Nom et adresse de la banque :		No de CCP :		
	No de compte bancaire :		Lieu et date :		

Timbre et signature
