ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 1/3
Assurance maladie perte de salaire

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		N° de police	
Téléphone		N° de sinistre	
Interlocuteur		Compte postale ou bancaire	
E-mail		Assujetti à la TVA	○ Oui ○ Non

2. PERSONNE ASSURÉE

N° personnel		N° AVS	
Nom/Prénom		Sexe	○ M ○ F
NPA/Localité		Adresse	
Date de naissance		Téléphone/Mobile	
Lieu d'origin/Nationalité		Langue maternelle	
Soumis à l'impôt à la source	○ Oui ○ Non	E-mail	
Si oui : N° RCE		État civil	union civile

3. ENGAGEMENT

Date de l'engagement ○ Durée indéterminée ○ Durée déterminée ○ Résilié pour

Profession exercée Profession acquise

Description bref du travail actuel

Fonction ○ Cadre supérieur ○ Cadre moyen ○ Employé/e ○ Apprenti
○ Aide comme

Lieu du travail à l'étranger ○ Oui ○ Non

Lieu du travail habituel

Répartition en pourcentage % debout % variable % assis

Intensité du travail ○ Dur ○ Moyen ○ Léger

Le travail charge ○ Dos ○ Épaules ○ Pas de charge du dos et/ou des épaules

Est-ce que de poids de plus de 10 kg doivent être soulever régulièrement? ○ Non ○ Oui– Env. fois par jour

4. INFORMATIONS CONCERNANT LA MALADIE

Date de cessation du travail Durée prévisionnelle

Cause ○ Maladie ○ Maternité ○ Accident, maladie professionnelle

Est-ce que le patient a déjà soufré de cette maladie antérieure? ○ Non ○ Oui – Quand?

Genre d'affection

Adresses médecins

Médecin ou bien hôpital/clinique des premiers soins

Médecin ou bien hôpital/clinique de la suite du traitement

Absence à cause par la maladie

Jusqu'à 1 semaine fois Jusqu'à 2 semaine fois Plus que 2 semaines fois

Remarques

Est-ce des vacances à l'étranger sont prévu? ○ Non ○ Oui – de - à

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 2/3
Assurance maladie perte de salaire

5. SALAIRE

La personne assurée a quitté le travail	le		à		
La personne assurée a repris le travail	Partiel pour	%	le	à	heures
Horaire hebdomadaire du blessé/de la blessée	Heures par semaine			☐ Irrégulière	
	Jours par semaine			☐ Irrégulière	
				☐ Chômage	
Taux d'occupation contractuel		%			
Horaire de l'entreprise		Heures par semaine			

Salaire CHF	par heure	par mois	par année
Salaire de base y c. renchérissement (brut)			
Allocation pour enfant/famille			
Indemnités vacances/jours fériés % ou CHF			
Gratification/13ème salaire (et d'autres) % ou CHF			
Autre allocation (p. ex. travailler à tâche/provision			
salaire en nature/travail posté) – genre			

L'indemnité journalière dois être payé à	○ Entreprise	○ Personne assurée
	○ CCP	
	○ Compte bancaire	
	Adresse bancaire	

Autres prestations d'assurances sociales

L'assuré(e) a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale : Caisse maladie, assurance LAA, invalidité, vieillesse et survivants, militaire, chômage? Si oui lesquelles?

○ Non ○ Oui – Chez quelle assurance?

La personne assurée est assuré auprès de quelle assurance/caisse-maladie pour les frais de traitement?

6. REMARQUES

La personne soussignée autorise la compagnie d'assurances à consulter les documents officiels et médicaux, et elle accepte que la compagnie d'assurances transmets les données nécessaires au traitement du sinistre à des tiers ou aux compagnies d'assurances impliquées (coassureurs ou réassureurs) en Suisse et à l'étranger et qu'elle demande à ces dernières les renseignements nécessaires. Le soussigné/la soussignée n'est pas autorisé(e) à reconnaître des droits à des dommages et intérêts sans le consentement de la compagnie.

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

Veuillez envoyer le formulaire par e-mail à schaden@arisco.ch ou par la poste à la succursale de votre responsable de mandat. Vous trouverez l'adresse sur www.arisco.ch/kontakt. Merci beaucoup.

IMPRIMER RÉINITIALISER ENVOYER

UNIBA partners

Mitglied der Swiss Insurance Brokers Association SIBA

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 3/3
Assurance maladie perte de salaire – Déclaration de maladie

FICHE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

7. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		N° de police	
Téléphone		N° de sinistre	
Interlocuteur		Compte postale ou bancaire	
E-mail		Assujetti à la TVA	○ Oui ○ Non

8. PERSONNE ASSURÉE

N° personnel		N° AVS	
Nom/Prénom		Sexe	○ M ○ F
NPA/Localité		Adresse	
Date de naissance		Téléphone/Natel	
Lieu d'origin/Nationalité		Langue maternelle	
Soumis à l'impôt à la source	○ Oui ○ Non	E-mail	
Si oui : N° RCE		État civil	union civile

Indications pour l'assuré/e
La fiche d'incapacité de travail reste toujours avec la personne assurée et doit être présentée à chaque visite au médecin. La fiche doit être envoyée à la fin de chaque mois à l'assurance pour le décompte de prestations. Une fois que l'incapacité de travail est finie, la fiche originale est à envoyer à l'assurance.

Avec votre signature, vous autorisez l'assurance de demander toutes les informations nécessaire auprès des médecins pour des traitements actuels ou antérieures et de demander tous les documents auprès de l'assurance accident obligatoire (LAA), de la AI des autres assurances ou caisses maladies. L'assureur ne versera ses prestations que sous réserve d'une compensation avec d'éventuelles prestations de l' AI (droit de demande de restitution directe).

Lieu et date _____ Signature du preneur d'assurance

9. INSCRIPTION DU MÉDECIN

Date et heures consultation prochaine	Date consultation faite	Incapacité de travail Degré	Incapacité de travail D	Signature du médecin
* Ev. remarques incapacité partielle				
1) % d.h.	h/jour pour	%		
2) % d.h.	h/jour pour	%		
3) % d.h.	h/jour pour	%		

Date et heures consultation prochaine	Date consultation faite	Incapacité de travail Degré	Incapacité de travail Dès le	Signature du médecin
Date de fin du traitement médical				
Timbre du médecin				

Va a Assuré/e → Employeur → Assureur

UNIBA partners

Mitglied der Swiss Insurance Brokers Association S//I//B/A