

Déclaration perte de gain maladie (Destinataire : First Partner)

Compagnie d'assurance

N° de police

N° de sinistre

Employeur			
Nom, Adresse :		Nom et adresse de l'assureur LPP :	
Mobile :		Fax :	
e-mail :		Groupe de personnes assurées d'après le contrat ?	
Personne assuré			
Nom, Adresse :		Téléphone / Mobile / Courriel :	
Date de naissance :		Etat civil :	
Nationalité(s) :		N° AVS :	
Autorisation de séjour :		Nom, Adresse de la caisse maladie	
Engagement			
Fonction :		Activité professionnelle :	
Date d'engagement :		Type de contrat :	
Horaire de travail :		Missions de travail :	irrégulière régulière
Pénibilité physique du travail :		Un objet de plus de 10 kg peut-il être soulevé ?	Oui Non
légère	moyenne	forte	
Travail assis	debout	Fréquence ?	tous les jours chaque semaine peu souvent
Absence			
Moment de la cessation d'activité ?		La personne a-t-elle déjà repris le travail ?	Oui Non
chaque semaine	chaque mois	Si oui, quand ?	
Durée prévue de l'absence ?		Maternité, terme de la naissance prévu :	
Type de maladie / blessure :		Considérez-vous qu'un contrôle du patient soit sensé ?	Oui Non
Médecin traitant / hôpital			
Nom et adresse :		Téléphone :	
Salaire			
CHF par heures	CHF par Mois	CHF par Années	
Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise			
Allocations pour enfants, famille			
Indemnités pour vacances, jours fériés (en %)			
Gratification, 13e mois de salaire (et suivants)			
Autres complément de salaire :			
Le travailleur est-il soumis à l'impôt à la source ?		Oui Non	
Si oui, sous quelle autorité fiscale cantonale ?			
Coordonnées de paiement			
Nom et adresse de la banque :		Compte CCP et numero de compte :	
N° de clearing bancaire :		Paiement à :	Personne assurée Employeur
Autres prestations			
L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, d'une assurance accidents obligatoire selon la LAA, de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire, d'une institution de prévoyance professionnelle, de la caisse de chômage ou d'une assurance privée ?			
Oui	Non	Si oui, de laquelle ?	
La maladie / la maternité / l'accident a-t-elle/il pour incidence le versement de prestations d'autres polices ?			
Oui	Non	Si oui, police n° ?	

Lieu et date Signature / Timbre de l'employeur

Déclaration perte de gain maladie (Destinataire : Employeur)

Compagnie d'assurance

N° de police

N° de sinistre

Employeur			
Nom, Adresse :		Nom et adresse de l'assureur LPP :	
Mobile :		Fax :	
e-mail :		Groupe de personnes assurées d'après le contrat ?	
Personne assuré			
Nom, Adresse :		Téléphone / Mobile / Courriel :	
Date de naissance :		Etat civil :	
Nationalité(s) :		N° AVS :	
Autorisation de séjour :		Nom, Adresse de la caisse maladie	
Engagement			
Fonction :		Activité professionnelle :	
Date d'engagement :		Type de contrat :	
Horaire de travail :		Missions de travail :	irrégulière régulière
Pénibilité physique du travail :		Un objet de plus de 10 kg peut-il être soulevé ?	Oui Non
légère	moyenne	forte	
Travail assis	debout	Fréquence ?	tous les jours chaque semaine peu souvent
Absence			
Moment de la cessation d'activité ?		La personne a-t-elle déjà repris le travail ?	Oui Non
chaque semaine	chaque mois	Si oui, quand ?	
Durée prévue de l'absence ?		Maternité, terme de la naissance prévu :	
Type de maladie / blessure :		Considérez-vous qu'un contrôle du patient soit sensé ?	Oui Non
Médecin traitant / hôpital			
Nom et adresse :		Téléphone :	
Salaire			
CHF par heures	CHF par Mois	CHF par Années	
Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise			
Allocations pour enfants, famille			
Indemnités pour vacances, jours fériés (en %)			
Gratification, 13e mois de salaire (et suivants)			
Autres complément de salaire :			
Le travailleur est-il soumis à l'impôt à la source ?		Oui Non	
Si oui, sous quelle autorité fiscale cantonale ?			
Coordonnées de paiement			
Nom et adresse de la banque :		Compte CCP et numero de compte :	
N° de clearing bancaire :		Paiement à :	Personne assurée Employeur
Autres prestations			
L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, d'une assurance accidents obligatoire selon la LAA, de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire, d'une institution de prévoyance professionnelle, de la caisse de chômage ou d'une assurance privée ?			
Oui	Non	Si oui, de laquelle ?	
La maladie / la maternité / l'accident a-t-elle/il pour incidence le versement de prestations d'autres polices ?			
Oui	Non	Si oui, police n° ?	

Lieu et date Signature / Timbre de l'employeur

Rapport médical initial, Assurance d'indemnité journalière maladie collective (Destinataires : Assuré, Médecin traitant et First Partner)

Compagnie d'assurance

N° de police

N° de sinistre

Employeur			
Nom, Adresse :		Nom et adresse de l'assureur LPP :	
Mobile :		Fax :	
e-mail :		Groupe de personnes assurées d'après le contrat ?	
Personne assuré			
Nom, Adresse :		Nom, Adresse de la caisse maladie	
Date de naissance :		Etat civil :	
Nationalité(s) :		N° AVS :	
Autorisation de séjour :		Téléphone/ Mobile/ Courriel :	
Engagement			
Fonction :		Activité professionnelle :	
Date d'engagement :		Type de contrat :	
Horaire de travail :		Missions de travail :	irrégulière régulière
Pénibilité physique du travail :		Un objet de plus de 10 kg peut-il être soulevé ?	Oui Non
légère	moyenne	forte	
Travail assis	debout	Fréquence ?	tous les jours chaque semaine peu souvent
Absence			
Moment de la cessation d'activité ?		La personne a-t-elle déjà repris le travail ?	Oui Non
À remplir par le médecin si l'incapacité de travail se poursuit			
Diagnostic(s) avec incidence sur l'incapacité de travail :			
Quand et de quelle manière l'affection s'est-elle manifestée dans un premier temps d'après la personne assurée ?			
Cause :	maladie	accident	maladie professionnelle maternité, jusqu'au :
Incapacité de travail à	% du	au	
Incapacité de travail à	% du	au	
Début du traitement :		Prochain traitement le :	Traitement terminé le :
Le patient a-t-il déjà eu des traitements pour la même affection ? (Précisez les dates et médiments traitants)			
Des maladies, infirmités ou lésions antérieures ont-elle une incidence sur l'affection ?			
Y-a-t'il eu hospitalisation ?	Oui Non	Si oui, durée : du	au
Opérations prévu ou déjà pratiquées ?	Oui Non		
Quelle assurance est compétente pour les frais de traitement ?		LAA	LAMal
AI	AM	Assurance RC	Autre :
Honoraires en CHF (Joindre BVR) :			
Observations :			

Lieu et date Signature / Timbre du médecin

Carte de maladie et procuration, Assurance d'indemnité journalière maladie collective (Destinataire : Assuré, Employeur et First Partner)

Compagnie d'assurance

N° de police

N° de sinistre

Employeur			
Nom, Adresse :		Nom et adresse de l'assureur LPP :	
Mobile :		Fax :	
e-mail :		Groupe de personnes assurées d'après le contrat ?	

Personne assuré			
Nom, Adresse :		Téléphone / Mobile / Courriel :	
Date de naissance :		Etat civil :	
Nationalité(s) :		N° AVS :	
Autorisation de séjour :		Nom, Adresse de la caisse maladie	

Engagement			
Fonction :		Activité professionnelle :	
Date d'engagement :		Type de contrat :	
Horaire de travail :		Missions de travail :	irrégulière régulière
Pénibilité physique du travail :		Un objet de plus de 10 kg peut-il être soulevé ?	Oui Non
légère moyenne forte		Si oui, de combien de kg ?	
Travail assis debout		Fréquence ?	tous les jours chaque semaine peu souvent

Absence			
Moment de la cessation d'activité ?		La personne a-t-elle déjà repris le travail ?	Oui Non

Procuration	
<p>La personne assurée autorise l'Assureur à traiter les données nécessaires au règlement du sinistre annoncé. Elle autorise le personnel médical traitant et ses auxiliaires à divulguer, à la demande de l'Assureur, les données nécessaires au règlement du présent sinistre et délègue expressément ces personnes de leur obligation de garder le secret. L'Assureur est habilitée à demander les renseignements nécessaires et pertinents aux autorités ainsi qu'à des tiers, en particulier aux offices AI, aux institutions de prévoyance professionnelle (caisses de pensions), aux caisses maladie, aux assureurs LAA, aux caisses de chômage et aux autres assureurs privés et sociaux concernés. L'Assureur est également habilitée à consulter les dossiers constitués auprès de ceux-ci. La personne assurée autorise l'Assureur à transmettre des données à l'office AI compétent, à la caisse de pension compétente ou à d'autres assureurs sociaux ou privés concernés, ainsi qu'à des Case Manager externes mandatés par l'Assureur, afin d'augmenter les chances de réinsertion dans la vie professionnelle.</p>	
Lieu et date	Signature de la personne assurée

Inscriptions par le médecin traitant				
Date de la prochaine consultation	Date de la dernière consultation	Degré d'incapacité (en %)	Incapacité à partir du :	Signature du médecin
Maladie	Maternité	Accident	Maladie professionnelle	
La personne assurée a subi un traitement à l'hôpital ? Oui Non				
Si oui, du			au (inclus)	

Lieu et date Signature / Timbre de l'employeur / Timbre du Médecin traitant