

Déclaration d'incapacité de travail maladie

Employeur

Informations sur l'entreprise

Raison Sociale	_____
Rue / Numéro	_____
Complément d'adresse	_____
NPA / Localité	_____
N° du contrat	_____
Unité administrative	_____
Numéro de téléphone	_____
Adresse e-mail	_____
Personne de contact	_____

Personne assurée

Informations personnelles de l'assuré

Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Prénom	_____
Nom	_____
Identifiant de l'employé	_____
Etat civil	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Partenaire enregistré <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Marié
Date de naissance	Date (jj/mm/aaaa) : _____
Nationalité / Permis de séjour	_____
Numéro d'assurance sociale	_____
Enfant(s) à charge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recevez-vous une prestation d'assurance sociale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de prestation	<input type="checkbox"/> AI/AVS <input type="checkbox"/> SUVA ou autre assureur LAA <input type="checkbox"/> Assurance personnelle/privée <input type="checkbox"/> Assurance chômage <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assurance militaire <input type="checkbox"/> Autre

Coordonnées de l'assuré

Pays de résidence	_____
Rue / Numéro	_____
Complément d'adresse	_____
NPA / Localité	_____
Numéro de téléphone	_____
Adresse e-mail	_____

Coordonnées bancaires/postales

À qui doivent-êtré versées les indemnités ?	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé
IBAN de l'employé	_____

Rapport de travail

Informations contractuelles

Type de contrat	<input type="checkbox"/> Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Durée déterminée
Début du contrat de travail	Date (jj/mm/aaaa) : _____
Fin du contrat de travail	Date (jj/mm/aaaa) : _____
Le contrat est-il résilié ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de résiliation	<input type="checkbox"/> Licenciement <input type="checkbox"/> Congé
Date de notification	Date (jj/mm/aaaa) : _____
Pour quelle échéance ?	Date (jj/mm/aaaa) : _____

Fonction	<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire
Profession exercée	_____
Lieu de travail habituel	_____

Horaire de travail

Temps de travail de l'assuré	_____ H/semaine
Taux d'occupation contractuel	_____ %
Horaire par année	_____ H/année
Type d'occupation du poste	<input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Irrégulière
L'entreprise est-elle au chômage partiel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nombre de jours de home office par semaine	_____ jours

Incapacité de travail

Incapacité de travail

Type d'incapacité	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident
Description de la maladie	_____

Dernier jour de travail avant l'incapacité	Date (jj/mm/aaaa) : _____ Heure [hh:mm] : _____
Début de l'incapacité	Date (jj/mm/aaaa) : _____ Heure [hh:mm] : _____
Taux d'incapacité	_____ %
Remarques ou commentaires	_____

Reprise du travail

Date effective de la reprise du travail	Date (jj/mm/aaaa) : _____
---	---------------------------

Visite de contrôle

Souhaitez-vous une visite de contrôle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

Salaires

Données salariales

Assujetti à l'impôt à la source	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Montant du salaire brut	_____
Périodicité	<input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> journalier
Bonus, 13 ^e mois de salaire (et suivants)	_____
Périodicité	<input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> pourcentage

Autres prestations

Indemnités pour vacances, jours fériés	_____
Périodicité	<input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> pourcentage
Allocations pour enfant, famille	_____
Périodicité	<input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel
Allocation de renchérissement	_____
Périodicité	<input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel
Autres compléments de salaire	_____
Montant total des compléments	_____
Périodicité	<input type="checkbox"/> annuel <input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> mensuel

Lieu et date :
