

AVIS DE MALADIE

No d'entreprise :

No du travailleur :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

.....

.....

Nom et adresse de l'assuré (e) :

.....

.....

.....

BUREAU DES METIERS

Assurance-maladie

Case postale 141

1951 Sion

Date de naissance :

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR (à retourner au Bureau des Métiers)

Genre d'affection : Maladie Grossesse Maternité

Durée de l'incapacité : Nom du médecin, lieu :

Incapacité de travail dès le Date : Heure :

Dernier jour de travail avant l'interruption Date : Heure :

Date d'engagement : Nationalité :

Date de fin de contrat : Permis : B C L autre

Profession : Fonctions :

Heures hebdomadaires : selon la CCT Taux d'activité : 100 % autre

activité partielle; heures effectuées par le travailleur

Occupation dans l'entreprise : régulière irrégulière chômage partiel

Périodes exactes fermeture entreprise : été hiver

Rémunération à l'heure : Salaire horaire brut (sans indemnités vacances) Fr.

Gratification / 13^{ème} salaire % Fr.

Rémunération au mois : Salaire mensuel brut Fr.

Gratification / 13^{ème} salaire Fr.

Délai d'attente choisi par l'entreprise concernant l'indemnité journalière : 2 j. 14 j. 30 j.

S'agit-il d'une rechute d'une précédente période d'incapacité de travail? Si oui, laquelle?

.....

L'assuré a-t-il droit à une rente ou IJ d'une assurance sociale (LAA, AI, AVS, ...) ou privée ?

.....

Le contrat a-t-il été résilié ? Si oui, à quelle date?

Un contrôle auprès de l'employé est-il désiré? Si oui, pourquoi?

L'employé est-il soumis à l'impôt à la source?

L'assuré est-il couvert pour l'assurance des soins au Bureau des Métiers?

Versement de l'indemnité à : l'employeur l'employé

No de CCP ou N° IBAN :

Date : Sceau et signature
de l'entreprise :

A remettre à la caisse dans les 14 jours faute de quoi les indemnités seront accordées seulement depuis le jour où l'assurance en aura eu connaissance.

N'oubliez pas de joindre un certificat médical.