

## Déclaration online: Complément accident

		N° de sinistre			
1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal	Tél.	N° de police		
		Interlocuteur (nom, tél., e-mail)			
	Coordonnées bancaires:	Poste de travail habituel du malade (secteur de l'entreprise)			
2. Personne malade	Nom et adresse avec n° postal	Date de naissance	N° AS / N° AVS		
		Tél. Mobile	Nationalité		
		État civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans enfant(s) <input type="checkbox"/> Aucun		
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	Groupes/cercles de personnes		
	Fonction:	<input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Cadre moyen <input type="checkbox"/> Employé/travailleur <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire			
	Relation:	<input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> Contrat de travail résilié			
	Horaire de travail du blessé:    hr./sem.    Taux d'occupation contractuel:    % Horaire de travail dans l'entreprise:    hr./sem.    Occupation:				
4. Evènement					
5. Debut de la maladie	Jour	Mois	Année		
6. Incapacité de travail	Arrêt de travail en raison d'une maladie?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, depuis quand?	
	Probable durée de l'incapacité:	Le travail a été repris à:    % Depuis <input type="checkbox"/> à plein <input type="checkbox"/> partiel			
7. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)		
8. Salaire	CHF par	heure	mois	année	
		Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise			
		Allocation pour enfants/famille			
		Indemnités pour vacances/jours fériés			
		Gratification / 13e mois			
		Autres compl. de sal. (p. ex. à la tâche/commission/en nature/indemnité pour travail par			
Désignation:					
9. Autres assurances	L'assuré perçoit-il une rente ou une indemnité journalière? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
10. Remarques à l'assureur					

La personne malade autorise Atupri à traiter les données requises pour la liquidation du cas. Elle autorise par ailleurs Atupri à consulter les documents officiels, juridiques, médicaux et autres dans la mesure où la consultation de ces documents sont nécessaires à l'élucidation du cas et libère dans ce cadre les médecins traitants et les spécialistes du secret médical. L'autorisation relative à l'élaboration des données peut être révoquée en tout temps.

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

Signature de la personne malade

## Déclaration online: Complément accident

		N° de sinistre	
1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal	Tél.	N° de contrat
		E-mail	
	Interlocuteur:	Groupe de personnes (secteur d'entreprise)	
2. Personne assurée	Nom et adresse avec n° postal	Date de naissance	N° AS / N° AVS
		Tél. Mobile	
		Sexe	
3. Indications importantes	<p>Cette carte d'indemnité journalière demeure auprès du patient. Il doit la présenter lors de chaque visite médicale et la remettre sans délai à son employeur lors de la reprise de travail. En cas d'incapacité de travail de plus longue durée, la carte d'indemnité journalière doit être présentée à l'employeur à chaque fin de mois afin qu'un décompte mensuel puisse être effectué. Cette carte d'indemnité journalière n'équivaut pas à une reconnaissance d'obligation de prestations.</p>		
À faire compléter par l'employeur			
Profession exercée jusqu'à l'incapacité de travail:			
Charges physiques dans l'activité actuelle:			
Profession principalement		Charges physiques	Exigences intellectuelles
<input type="checkbox"/> assis	<input type="checkbox"/> debout	<input type="checkbox"/> grandes <input type="checkbox"/> moyennes	<input type="checkbox"/> grandes <input type="checkbox"/> normales
<input type="checkbox"/> en marchant	<input type="checkbox"/> alterné	<input type="checkbox"/> faibles <input type="checkbox"/> alterné	<input type="checkbox"/> faibles <input type="checkbox"/> alterné

## Inscriptions du médecin

Maladie     Accident

et l'heure de la prochaine visite	Date de la consultation faite	Incapacité de travail		Signature du médecin
		Degré	à partir du	
* Evt. remarques quant à la capacité de travail partielle				
1)	% c'est-à-dire.	Heures/jour à	%	
2)	% c'est-à-dire.	Heures/jour à	%	
3)	% c'est-à-dire.	Heures/jour à	%	

et l'heure de la prochaine visite	Date de la consultation faite	Incapacité de travail		Signature du médecin
		Degré	à partir du	
Fin du traitement médical le		Médicaments délivrés par: (Nom et adresse de la pharmacie)		

Signature

Timbre du médecin