

AVIS DE MALADIE ET ATTESTATION DE PERTE DE GAIN.

ASSURÉ(E)

Nom et prénom	Date de naissance			
Rue/no	Nationalité	No collectif		
NPA/Localité	État civil	Sexe	m	f
Téléphone	Permis de séjour	B	C	autre
No AVS	Frontalière/Frontalier	no RCE		
Activité professionnelle habituelle	Date d'engagement			
Place de travail habituelle	qualifié(e)	semi-qualifié(e)	non qualifié(e)	apprenti(e)
Rapports de travail résiliés pour l' (date)	Employeur	Employé(e)		

EMPLOYEUR

Société/Nom	Rue/no
NPA/Localité	Téléphone
IBAN (banque ou poste) CH	

HORAIRE DE TRAVAIL DE L'ASSURÉ(E)

Jours par semaine	Heures par semaine	Heures de travail hebdomadaires de l'entreprise
Occupation	irrégulière	chômage partiel %

SALAIRE

	CHF par	heure	jour	mois	année
Salaire de base (brut)					
À fournir seulement si c'est assuré:					
allocation de renchérissement					
à la tâche/commission					
indemnités pour vacances/jours fériés					
autres allocations (genre)					
Gratification					
13 ^{ème} salaire					
en nature, genre					

INCAPACITÉ DE TRAVAIL

oui, à _____ % dès le _____ à cause de _____ maternité, accouchement prévu le _____
accident/lésions assimilées à un accident militaire maladie professionnelle invalidité maladie

ADRESSES DE MÉDECINS

Premiers soins par médecin/hôpital/clinique

Suite de traitement par médecin/hôpital/clinique

REPRISE DE TRAVAIL

oui, à _____ % dès le _____
non _____ incapacité de travail probablement jusqu'au _____

PROCURATION

L'assuré(e) autorise SWICA à consulter les dossiers officiels, les dossiers des autres assurances sociales et les dossiers médicaux afin d'obtenir des renseignements d'ordre médical, de même qu'à prendre toute information utile, à condition qu'elle soit nécessaire à déterminer le droit aux prestations. Cette procuration peut être révoquée en tout temps par l'assuré(e).

Lieu/date

Timbre et signature de l'employeur

Signature de l'assuré(e)

Personne de contact, téléphone direct

CARTE D'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE.

ASSURÉ(E)

Nom et prénom	Date de naissance	No AVS
Rue/no	Nationalité	No collectif
NPA/Localité	État civil	Sexe m f
Téléphone	Permis de séjour B C autre	Frontalière/Frontalier no RCE
Activité professionnelle habituelle	Date d'engagement	
Place de travail habituelle	qualifié(e) semi-qualifié(e) non qualifié(e) apprenti(e)	
Rapports de travail résiliés pour l' (date)	Employeur Employé(e)	

EMPLOYEUR

Société/Nom	Rue/no
NPA/Localité	Téléphone

INSCRIPTIONS DE LA/DU MÉDECIN

Date de la prochaine consultation	Date consultation faite	Incapacité de travail Degré	Signature de la/du médecin
		À partir du	

*Évent. remarques sur la capacité de travail partielle	Remarques	Le traitement médical prend fin le
1) % c.-à-d. heures/jour à %		
2) % c.-à-d. heures/jour à %		Timbre de la/du médecin
3) % c.-à-d. heures/jour à %		

Utilisation de la carte pour l'indemnité journalière

Cette carte d'indemnité journalière reste en possession de la patiente ou du patient jusqu'à son rétablissement. Pour pouvoir toucher les indemnités journalières, cette carte, sur laquelle l'incapacité de travail est attestée par la ou le médecin, doit être adressée à SWICA. Si le cas de maladie ne peut être clos après un mois, la carte vous sera retournée pour faire attester la prolongation de l'incapacité de travail.

Cette carte doit être présentée à la ou au médecin à chaque visite. Pour le paiement de l'indemnité journalière, elle doit être transmise à SWICA après la fin du traitement ou après 30 jours, si le traitement se poursuit. La même procédure est valable pour l'incapacité partielle de travail. Cette carte ne constitue pas la garantie d'un droit aux prestations.

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch