

**Sympany Assurances SA**

Peter Merian-Weg 4  
4002 Bâle  
Téléphone 0800 955 000  
Fax 0800 955 999  
www.sympany.ch

**Avis de maladie**

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal _____ _____ _____	Tél. _____ N° police _____ Interlocuteur (nom, tél., e-mail) _____ _____ Poste de travail habituel du malade (secteur de l'entreprise) _____		
<b>2. Personne malade</b>	Nom et adresse avec N° postal _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Imposition à la source <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance _____ N° AS / N° AVS _____ Tél. (si connu) _____ Nationalité _____ Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans: Enfant(s) _____ Etat civil _____		
<b>3. Engagement</b>	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				
Rapports de travail: <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> Contrat de travail résilié				
Horaire de travail de la personne malade (heures par semaine): _____ Jours par semaine: _____				
Horaire de travail dans l'entreprise (heures par semaine): _____ Occupation: _____				
<b>4. Evénement</b>	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Maternité	Date de la maladie/prob. terme de la naissance: _____		
<b>5. Incapacité de travail</b>	Arrêt de travail en raison de la maladie/maternité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand? _____	Durée prévue: _____ Le travail a été repris: _____ Depuis quand? _____		
<b>6. Adresse médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique) _____ _____	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique) _____ _____		
<b>7. Salaire</b>	<b>CHF par</b>	<b>Heure</b>	<b>Mois</b>	<b>Année</b>
Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise	_____	_____	_____	_____
Allocation pour enfants/famille	_____	_____	_____	_____
Indemnités pour vacances, jours fériés	_____	_____	_____	_____
Gratification, 13e mois de salaire (et suivants)	_____	_____	_____	_____
Autres compl. de sal. (p. ex. à la tâche/commission/en nature/indemnité pour travail par équipes). Désignation: _____	_____	_____	_____	_____
<b>8. Le paiement des indemnités journalières se fera au compte suivant:</b>	Nom du titulaire du compte _____			
Compte bancaire	Nom et lieu de la banque _____			
Compte postal	N° Clearing/N° de compte postal de la banque _____			
	N° de compte _____			
<b>9. Autre assurances</b>	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, de la Suva ou d'une autre assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-vieillesse et survivants, d'une institution de prévoyance professionnelle, de l'assurance militaire, de la caisse de chômage ou à une indemnité en cas de maternité? Si oui, de laquelle? _____			
<b>10. Remarque à l'assurance</b>	_____ _____ _____			

Lieu et date

Employeur et signature



**Sympany Assurances SA**

Peter Merian-Weg 4  
4002 Bâle  
Téléphone 0800 955 000  
Fax 0800 955 999  
www.sympany.ch

**Certificat médical**

Sympany Assurances a l'obligation au secret professionnel des diagnostics médicaux!

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal _____ _____ _____	Tél. _____ N° police _____ Interlocuteur (nom, tél., e-mail) _____ _____ Poste de travail habituel du malade (secteur de l'entreprise) _____
<b>2. Personne assurée</b>	Nom et adresse avec N° postal _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Imposition à la source <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance _____ N° AS / N° AVS _____ Tél. (si connu) _____ Nationalité _____ Etat civil _____ Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans: Enfant(s) _____
<b>3. Diagnostic</b>	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Maladie prof. <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Accident ICD-Code: _____ _____ _____	
<b>4. Prognostics</b>	_____ _____ _____	
<b>5. Début des symptômes</b>	_____ _____ _____	
<b>6. Début du traitement</b>	Date _____ Cette affection existait-elle déjà auparavant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand? _____	
<b>7. Incapacité de travail</b>	<input type="checkbox"/> Incapacité de travail totale du _____ jusqu'au _____ à _____ % <input type="checkbox"/> Incapacité de travail partielle du _____ jusqu'au _____ à _____ % du _____ jusqu'au _____ à _____ %	
<b>8. Reprise du travail</b>	Probable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non du _____ à _____ % Ou pourrait-on prévoir un travail plus léger? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel travail et depuis quand? (p. ex. ménage, administratif, etc.) _____	
<b>9. Avez-vous des doutes concernant l'incapacité de travail?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, pour lesquelles? _____	
<b>10. D'autres examens (ou clarifications) seraient-ils nécessaires?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels et par qui? _____	
<b>11. Avez-vous rempli des certificats pour d'autres assurances?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, pour lesquelles? _____ Est-ce qu'une annonce à l'AI a été faite? <input type="checkbox"/> Oui/Date: _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pour re-éducation <input type="checkbox"/> Pour rente	
<b>12. Observations</b>	_____ _____ _____	

Lieu et date \_\_\_\_\_

Signature et timbre du médecin \_\_\_\_\_

Afin qu'il n'y ait pour l'assuré(e) aucun retard de versement des indemnités journalières, nous vous prions de bien vouloir retourner ce rapport intermédiaire complété et signé, à l'attention du médecin-conseil de la caisse, dans un délai de 7 jours.



