**Avis de maladie Numéro de membre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assurance pour perte de gain (pour polices individuelles, remplir seulement les positions 2, 4, 5 et 7)**

**1. Employeur:** Nom ..………………………………………………………………………………………………….....................

 Adresse ……………………………………………………………………………………………………………..

 N° de téléphone ………………………… /Place de travail usuelle du/de la malade …..…………………………

**2. Malade:** N° AVS………………………………. Date de naissance ……….………………………………………

 Nom/prénom ………………………………………………………………………………………………………..

 Adresse …..……..…………………………………………………………………………………………………..

 N° de téléphone……………………………… Caisse-maladie: …….…….………………………………………

**3. Engagement:** Date d’engagement …..…………………………..

Contrat de travail

 □ d’une durée indéterminée □ d’une durée déterminée ⁭□ contrat d’apprentissage

 Durée normale du travail de l’entreprise (heures/semaine) ………………………………………………………..

 Horaire de travail du/de la malade: □ heures/semaine …………..…… □ jours/semaine ………………………..

 Jours de travail réguliers du/de la malade : LU □ MA □ ME □ JE □ VE □ SA □

 (en cas d’horaire de travail irrégulier, prière d’indiquer les heures ou les jours de travail par semaine**)**

**4. Début de la maladie:** ……………………………… Incapacité de travail (pour cent) ..…………………………………….

 **Fin de la maladie**: ………………………………

**5. Nom et adresse du médecin traitant:** ……………………...……………………………………………………………………...

**6. Salaire**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Salaire  | **Pour cent** | **Heures** | **Mois** | **Année** |
|  Salaire de base (brut) sans allocations |  |  |  |  |
|  Indemnités pour vacances/jours fériés |  |  | ----------- | ---------- |
|  13e salaire |  |  | ----------- |  |
|  Assurance individuelle : salaire annuel assuré |  | ----------- | ---------- |  |

**7. Autre assurances/prestations d’assurance**

 L’assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d’une assurance sociale ?

 □ Ass.-accidents □ AVS/AI □ Ass. militaire □ Caisse de chômage

 □ Ass. indemnités journalières privée □ Prévoyance professionnelle (LPP) □ Pas d’autre assurance

Nom et adresse exacte de l’assurance en question/numéro d’assurance/montant de l’indemnité journalière (prière de joindre une copie du décompte)

……………………………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Timbre et signature Prière de joindre le certificat médical**

 **Genossenschaft**

 **Krankengeldversicherung JardinSuisse**

 **Bahnhofstrasse 94**

 **5000 Aarau**