

Déclaration d'incapacité de travail indemnité journalière individuelle

1. Personne assurée	Nom et adresse avec NPA		Date de naissance	N° SV / N° AVS
	IBAN		N° Tél.	Nationalité
			Etat civil	Soumis à l'impôt à la source <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2. Maladie Accident	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> accident/lésion corporelle assimilée à un accident	<input type="checkbox"/> maternité/date de l'accouchement	
3. Incapacité-de travail	Début		Dernier jour de travail avant l'incapacité	
	Durée prévisible		Date de reprise de travail <input type="checkbox"/> totalement <input type="checkbox"/> partiellement	
	Vacances prévues durant l'incapacité? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, dès quand?	
4. Médecin traitant				
5. Personne exerçant une activité lucrative indépendante	Branche	Forme juridique	N° d'employés:	
	Profession			
	Salaire brut AVS CHF	(merci de joindre le dernier compte de résultats et le décompte AVS)		
	Frais fixes de fonctionnement	CHF		
	Surcoûts liés à l'activité	CHF		
	Si oui, pour: (merci de joindre les justificatifs du dernier compte de résultats) L'entreprise est-elle fermée durant votre incapacité de travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
6. Employé/e	Recevez-vous le salaire complet pendant votre incapacité de travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Veuillez faire remplir la prochaine page de la déclaration par l' employeur Nom et adresse de l'employeur:			
7. Femme/homme au foyer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> totalement <input type="checkbox"/> partiellement à%			
8. Autres assurances	L'employé perçoit-il des prestations d'autres assureurs (indemnités journalières, rentes, etc.) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui: Précisez le genre de prestation/compagnie (p. ex. CNA/SUVA, AVS, AI, caisse de pensions, assureur maladie, etc.)			
9. Assureur LPP	Nom de l'assureur LPP:			
10. Remarques				

Veuillez signer la procuration (page 3 du présent formulaire). Elle fixe les modalités de l'échange de données, contribue à un traitement plus efficace et à un versement plus rapide des prestations. La procuration peut également être envoyée à *innova* après la déclaration de l'incapacité de travail.

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

À remplir par l'employeur

Concerne: Prénom _____ Nom _____ N° Client _____

Preuve de la perte effective de gain de l'employé

1. Données du salaire	Salaire déterminant	CHF par	Heure	Mois	Année
	Salaire de base (salaire brut AVS)				
	Allocations familiales				
	Indemnisation des jours de vacances/jours fériés	%			
	Gratification/13 ^{ème} salaire				
	Autres allocations genre				
2. Incapacité de - travail	Dernier jour travaillé avant l'arrêt maladie résilié <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, au _____ par <input type="checkbox"/> l'employeur <input type="checkbox"/> l'employé				
	Taux d'occupation	%			
3. Emploi	Moyenne d'heures travaillées habituellement		par jour	par semaine	
			Nombre de jours par semaine		
	Travaille	<input type="checkbox"/> régulière	<input type="checkbox"/> non régulière		
	Nombre d'heures hebdomadaires travaillées habituellement dans l'entreprise				
Niveau de revenu mensuel variable		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
(si oui, merci de joindre des copies du dé compte de salaire/exemplaire émanant du service de comptabilité des salaires des 12 derniers mois.)					
4. Poursuite du paiement de salaire	L'employé reçoit le salaire complet durant la période suivante:				
	Début de l'incapacité de travail:		jusqu'au:		
	Il existe une assurance perte de gain collective pour tous les employés avec les prestations suivantes : (p. ex. 80% dès le 4 ^{ème} jour)				
	% dès le		ème jour		
Veuillez indiquer nom et adresse ainsi que le numéro de police de l'assureur maladie, resp. de l'assureur accident (si le décompte existe déjà, veuillez joindre une copie).					

Lieu et date

Sceau et signature de l'employeur

Procuration de l'assuré sur l'échange de données

1. Personne assurée	Nom et adresse avec NPA	Date de naissance	N° SV / N° AVS
	IBAN	N° Tél.	Nationalité
		Etat civil	Soumis à l'impôt à la source <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

La personne assurée habilite le Management des prestations de *innova* Versicherungen AG (assurance perte de salaire) à échanger les données nécessaires au règlement du sinistre et à la réinsertion dans la vie professionnelle avec les fournisseurs de services, offices et assureurs suivants. Avec cette autorisation, le Management des prestations peut notamment :

- demander des renseignements aux médecins, à d'autres prestataires de soins et aux établissements impliqués dans le présent cas de prestation (hôpitaux, institutions de soins, etc.). Les médecins et les institutions citées sont ainsi libérés sans réserve de leur obligation de secret envers le Management des prestations d'*innova*, qui peut aussi leur transmettre des informations utiles à la réinsertion dans la vie professionnelle.
- contacter les divers services administratifs et tiers impliqués, notamment les offices de l'assurance invalidité, les institutions de prévoyance professionnelle (caisses de pension), les caisses-maladie, les assureurs-accident, les caisses de chômage et d'autres assureurs sociaux et privés concernés pour obtenir des renseignements utiles, consulter leurs dossiers et mener toute démarche de clarification nécessaire à l'étude du droit aux prestations. L'assureur qui autorise la consultation des dossiers est habilité à fournir au Management des prestations d'*innova* les copies des dossiers pertinents même sans autre demande. Le Management des prestations peut communiquer à des organismes officiels et à des tiers des informations susceptibles de contribuer à la réinsertion professionnelle, la réduction des dommages et la lutte contre les abus.
- demander des documents médicaux qui sont adressés au médecin conseil d'*innova*.
- échanger des données/informations avec l'institution de prévoyance professionnelle de la personne assurée. Cela signifie que la gestion des prestations peut transmettre des informations qui servent à la réinsertion professionnelle et à la réduction des dommages.
- échanger des données et des informations avec le Case Management d'*innova*. Le Management des prestations est ainsi délié de son obligation de secret envers le Case Management. Pour un éventuel accompagnement par le Case Management, une procuration séparée sera demandée.
- Le Management des prestations est ainsi habilité à confier à un représentant, agissant en son nom et sous sa responsabilité, l'exercice des pouvoirs conférés par la présente procuration.

La présente procuration entre en vigueur dès sa signature pour la durée du suivi et du règlement du sinistre par le Management des prestations. Elle peut être révoquée par écrit à tout moment. A l'extinction de la procuration, les dossiers originaux sont conservés en vertu de la protection des données pour la durée prescrite et détruits sous surveillance à l'échéance de celle-ci.

Sans base légale ou procuration de la personne assurée, aucune indication ni document n'est transmis à des tiers (à l'exception des pièces mentionnées ici). *innova* Versicherungen AG, représentée par le Management des prestations, est soumise à l'obligation de secret légale.

Lieu et date

Signature de la personne assurée

Certificat médical indemnité journalière individuelle

1. Personne assurée	Nom et adresse avec NPA	Date de naissance	N° SV/ N° AVS
	IBAN	N° Tél.	Nationalité
		Etat civil	Soumis à l'impôt à la source <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si l'incapacité de travail excède 14 jours , merci de bien vouloir remplir le questionnaire en son entier
(poser toujours le diagnostic

Diagnostic (pas de diagnostic global s.v.p)	
Genre de maladie	De quoi s'agit-il ? <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maternité → date de l'accouchement <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> lésions corporelles assimilées à un accident <input type="checkbox"/> assurance militaire
Données du patient	(Anamnèse de la maladie, de l'infirmité , de la rechute)
Début du traitement	Date _____ La maladie préexistait-elle ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, depuis quelle date _____ période _____ Est-ce qu'il résulte une incapacité de travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Incapacité de travail	<input type="checkbox"/> oui _____ à _____ % dès le _____ <input type="checkbox"/> non durée prévue _____
Thérapie	A) qu'avez-vous entrepris?____ B) Envisagez-vous des mesures particulières? C) Le patient est-il hospitalisé? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, où?
Reprise du travail	<input type="checkbox"/> oui _____ à _____ % dès le _____ <input type="checkbox"/> non
Remarques Pronostic	

Lieu et date

Sceau et signature du médecin

Retourne à **innova**, via le médecin traitant ou l'hôpital

