Certificat d'incapacité de travail (carte d'indemnités journalières)

☐ **Accident** * Assureur:

☐ **Maladie** * Numéro de sinistre:

☐ Cas **non** annoncé à l'assurance

* Renseignez-vous auprès de votre employeur ou de votre assurance sur les prestations assurées!

Personne (assurée): Nom: Prénom:

Rue: NP, lieu:

No d'assurance sociale: Sexe: Date de naissance:

Employeur (nom/adresse):

Date de l'embauche: licencié: ☐ Non ☐ Oui, à partir du:

Temps de travail de la personne (assurée): h/sem.: ou taux d'activité en %:

Emploi à plein temps normal dans l'entreprise: h/sem.:

Remarques:

Activité exercée jusqu'à l'incapacité de travail:

Effort exigé par l'activité actuelle

Particularités/Remarques:

Activité surtout:	Effort physique:	Exigences intellectuelles:
☐ assise ☐ en mouvement	☐ élevé ☐ moyen	☐ élevées ☐ moyennes
☐ debout ☐ en div. positions	☐ faible	☐ faibles

Employeur:

Date: Signature:

Interlocuteur dans l'entreprise:

Tél. direct:

Mail direct:

à remplir par l'employeur

Incapacité de travail (doit être saisie du premier jour) à partir du:

Consultation du:	Est exigible: Tolérance aux efforts (% de l'effort habituel):	Est exigible: Présence dans l'entreprise (h/jour):	Incapacité de travail: Du …	Incapacité de travail: Jusqu'au …	Év. IT en %:	Prochaine consultation le:	Signature médecin:

Reprise du travail à 100% à partir du:

Remarques:

Médecin:

Date: Signature:

Annonce détection précoce AI: ☐ recommandée ☐ effectuée le:

à remplir par le médecin traitant

(En cas de changement de médecin, utiliser une nouvelle carte d'indemnités journalières)

La forme masculine utilisée désigne aussi bien les femmes que les hommes.

medforms.40.50.10.5040.fr/V100

Swiss Insurance Medicine
Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz
Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances
Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa