



Déclaration de Sinistre - Maladie - Perte de gain

UNIGESTA S.A

Assurance & n° de police

Assurance :

N° de police :

N° de sinistre :

Employeur

Société :

Adresse :

Tél. :

Versement des indemnités

versement sur : Compte bancaire CCP

Nom de la banque & filiale :

Titulaire du compte :

N° de compte : IBAN ou SWIFT :

Assuré(e)

Nom - Prénom :

Société :

Adresse :

Tél. Privé : Tél. Prof :

Engagement

Date : Fonction dans l'entreprise:

Maladie

Nature de la maladie? :

Incapacité de travail? : OUI NON

Quand la personne malade a-t-elle travaillé pour la dernière fois? Date : Heure :

Durée probable:

Adresse médecins

Premiers soins prodigués par:

Suite du traitement par le Dr. :

Le patient a-t-il déjà souffert de la même maladie? : OUI NON

Si oui, quel médecin vous avait traité?:

Horaires de travail de la personne malade

Jour(s) par semaine : Heures par semaine :

Heures de travail hebdomadaire dans l'entreprise :

Temp d'occupation : Temp pleins Temp partiel Chômage partiel Autre

Salaire CHF

	par heure	jour	mois	année
Salaire de base (brut) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allocation de renchérissement: A la tâche / commission:

Allocation de renchérissement: Allocation pour enfants:

Indemnités pour vacances / jours fériés: % ou

Autre allocations (genre):

Gratification / 13ème salaire: % ou

En nature (genre):

Est-il soumis à l'impôt à la source ? : OUI NON

Total salaire AVS:

Cas spéciaux : Membre de la famille Associé Pers. assurée à titre facultatif Saisonnier(ière)

Remarques

fait le à Signature :