



Premiers soins par :  
(Nom et adresse)  
Traitement consécutif par :  
(Nom et adresse)

Le patient a-t-il déjà souffert de la même maladie ?  
Oui Non

Dans l'affirmative quand?  
Par quel médecin a-t-il été traité à l'époque?

### Horaires de travail de la personne assurée :

Jours par semaine :  
Heures par semaine :  
Heures de travail hebdomadaire dans l'entreprise :  
Occupation (100%, 80%, 50%...) :  
Chômage partiel : Oui Non

### Salaires CHF :

	Par heure	Jour	mois	année
Salaire de base (brut) :				
Allocations de renchérissement :				
A la tâche/commission :				
Allocation pour enfants/famille :				
Indemnités pour vacances/jours fériés :		% ou		
Autres allocations (genre) :				
Gratification/13ème salaire :	% ou			
En nature Genre:				
Est-il soumis à l'impôt à la source ?	Oui		Non	
Total salaire AVS:				

### Versement des indemnités :

L'indemnité est à verser sur :  
CCP Compte bancaire  
Numéro de compte :  
Titulaire du compte :  
Nom de la banque :  
Filiale :

**Remarques complémentaires :**

Leu et date:

Signature de la personne assurée / Timbre du preneur d'assurance:

***Merci de bien vouloir envoyer/faxer cette déclaration de sinistre dûment complétée à:***



**CA3P**

Rue du Gothard 5  
CH – 1225 Chêne-Bourg  
Tél: +41(0)22 348 33 00  
Fax: +41(0)22 348 33 62  
Mail : [conseils@ca3p.ch](mailto:conseils@ca3p.ch)