



07.2009

(Toute incapacité de travail doit être annoncée à HOTELA dans un délai de 30 jours)

**PRENEUR D'ASSURANCE**

N° d'affilié : .....  
 Etablissement : .....  
 Personne responsable : .....  
 Rue : .....  
 NPA / Localité : .....  
 N° de téléphone : .....  
 Adresse E-Mail : .....

**PERSONNE ASSURÉE**

N° AVS : .....  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Rue : .....  
 NPA / Localité : .....  
 N° de téléphone : .....  
 Adresse E-Mail : .....  
 Date de naissance : .....

**COORDONNÉES BANCAIRES OU CCP POUR PAIEMENT**

Nom de la banque : .....  
 Adresse : .....  
 N° de clearing : .....  
 Titulaire du compte : .....  
 N° IBAN : .....  
 CCP : .....

Date d'engagement dans l'entreprise : .....  
 Genre d'activité exercée : .....  
 Nationalité : ..... Etat civil : .....  
 Permis de travail (pour les étrangers uniquement): .....  
 B  C  F  G  L  N  
 Validité : du ..... au .....  
 Contrat de travail résilié pour le : .....

Travail régulier  Travail irrégulier  Horaire de travail de l'assuré(e) : Jours/semaine ..... Heures/semaine .....  
 Taux d'activité de la personne assurée : ..... %

**SALAIRE**

Salaire de base (brut)  
 Allocation de renchérissement  
 A la tâche / commission  
 Allocation pour enfants / famille  
 Indemnités pour vacances / jours fériés  
 Autres allocations  
 Gratification / 13<sup>ème</sup> salaire

HEURE	JOUR	MOIS	ANNÉE

*Veillez joindre les copies des fiches de salaire des 6 derniers mois.*

De quelle affection souffre la personne assurée ? .....

S'agit-il d'une grossesse ? Non  Oui  Terme prévu le .....

Nom, prénom et adresse du médecin traitant .....

Taux et durée de l'incapacité de travail ..... % du ..... au .....

Reprise du travail le ..... Prévues le .....

Est-ce que la personne assurée a droit à des prestations d'une autre assurance (indemnités journalières ou rentes) ? Non  Oui  .....

Si oui laquelle ? .....

**Date :** ..... **Timbre & signature du preneur d'assurance :** .....