

Etabli le:
 Traité par:
 Ligne directe:

D00 Assurance d'indemnités journalières facultative LAMal

Nous vous prions de renvoyer cet avis de sinistre entièrement rempli à Visana Services SA, dans les plus brefs délais.

Personne assurée:	Date de naissance:
Rue:	Sexe (f/m):
NPA et lieu:	N° d'assuré/e:
Couverture: CHF .— dès le jour CHF .— dès le jour CHF .— dès le jour	

Indications quant à l'incapacité de travail

Incapacité de travail:	Début: _____	Durée prévisible: _____	
Cause:	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident/Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/> Maternité
Type d'affection:	_____		
Nom et adresse du médecin traitant / de l'hôpital:	_____		
_____		_____	
_____		_____	
Avez-vous déjà souffert de mêmes affections dans le passé?	Si oui, quand? _____		
Si oui, par quel médecin étiez-vous traité/e à ce moment-là? _____			
Veillez joindre à cet avis de sinistre les rapports et certificats médicaux existants.			

Activité dans l'entreprise

Rapport de travail depuis le: _____	<input type="checkbox"/> durée indéterminée	<input type="checkbox"/> durée déterminée	<input type="checkbox"/> résilié au _____
<input type="checkbox"/> indépendant/e	<input type="checkbox"/> femme / homme au foyer		
<input type="checkbox"/> sans emploi depuis le _____	<input type="checkbox"/> inscrit/e à l'AC depuis le _____		
Employeur: _____	Taux d'occupation _____ %		
Formation professionnelle: _____			
Brève description de l'activité professionnelle actuelle:			
Répartition de l'activité en %:	% debout	% alternant	travail physique: <input type="checkbox"/> léger <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> pénible
	% position assise	% travaux administratifs	



visana

AVIS DE SINISTRE

L'activité représente-t-elle une charge pour	<input type="checkbox"/> le dos?	<input type="checkbox"/> les épaules?	<input type="checkbox"/> les deux?	<input type="checkbox"/> ni l'un ni l'autre?
Des charges de plus de 10 kg doivent-elles être soulevées régulièrement?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	> env.	fois par jour
Questions complémentaires pour personnes exerçant une activité indépendante:				
Une aide (salariée) a-t-elle été engagée?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
Si non, qui s'occupe des travaux devant être effectués?	_____			
Votre activité dépend-elle des saisons?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		

Autres assurances

Pouvez-vous prétendre à des prestations d'autres assurances/caisses-maladie pour ce cas?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, auprès de quelles assurances/caisses-maladie?	_____	
Percevez-vous des prestations de l'assurance-chômage?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Percevez-vous des prestations de l'assurance-maternité (LAPG)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
N° AVS: _____		
Si d'autres prestations d'assurance sont versées, veuillez joindre les copies des décomptes.		

Impôt à la source

Etes-vous assujetti/e à l'impôt à la source?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, n° AVS
N° RCE: _____	Commune de domicile: _____	Canton: _____	

Par votre signature, vous autorisez vivacare SA et Visana Services SA à se procurer tous les renseignements nécessaires auprès des médecins chez qui vous êtes ou avez été en traitement et à prendre connaissance des dossiers pertinents auprès d'autres assurances, y compris les assurances sociales (AI, LAA) et auprès des caisses-maladie.

Lieu et date

Tél. pour demandes complémentaires

Signature de la personne assurée ou du/de la représentant/e légal/e



ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR RELATIVE À LA PERTE DE SALAIRE

Assurance d'indemnités journalières LAMal

Nous vous remercions de renvoyer cette attestation pour perte de salaire à Visana, entièrement remplie et dans les plus brefs délais.

Visana Services SA
Centre de prestations Indemnités journalières
Weltpoststrasse 19
3000 Berne 15

D00 Assurance d'indemnités journalières LAMal

Personne assurée:	Date de naissance:
Rue:	Sexe (m/f):
NPA et localité:	N° d'assuré/e:
Couverture: CHF .— dès le jour CHF .— dès le jour CHF .— dès le jour	

Indications générales

Date du début de la maladie/de l'accident _____ Travail cessé le _____
Entrée dans l'entreprise _____ Activité professionnelle _____
Assureur LAA _____ N° de sinistre LAA _____
Salaire mensuel (brut, y c. 13^{ème} mois) CHF _____ Salaire horaire CHF _____ Moyenne heures/semaine _____

Maintien du salaire / Assurance d'indemnités journalières

Maintien du salaire / Comment la personne mentionnée est-elle assurée contre la perte de salaire en cas de maladie? (Coordonner/éviter des procédures à double avec les médecins/assurances ainsi que les surindemnisations)

Il existe une assurance collective d'indemnités journalières:

Nom et adresse de l'assurance _____

N° de police _____ Personne de contact _____

– La personne mentionnée touche le salaire complet du _____ au _____

– Assuré/e dès le _____ (date) par l'assurance collective d'indemnités journalières mentionnée

 Pourcentage et délai d'attente fixé par contrat ____ dès le _____^{er/ème} jour

Il n'existe pas d'assurance collective d'indemnités journalières

Selon quelles dispositions légales et contractuelles le versement du salaire a-t-il lieu?

Nom de l'assurance 2^{ème} pilier LPP (prière de mentionner l'adresse et év. le n° de police)

Prestations en cas de maternité

L'assurée a-t-elle droit aux prestations de l'assurance-maternité (LAPG)? oui non

Si oui, veuillez joindre les copies des décomptes.

Impôt à la source

La personne assurée est-elle soumise à l'impôt à la source? oui non Si oui, n° AVS _____

N° RCE _____ Commune de domicile _____ Canton _____

Remarques _____

Lieu et date

Tél. pour demandes
complémentaires

Timbre et signature de l'employeur

Etabli le:
Traité par:
Ligne directe:

D00 Assurance d'indemnités journalières facultative LAMal

Personne assurée:	Date de naissance:
Rue:	Sexe (f/m):
NPA et lieu:	N° d'assuré/e:
Couverture: CHF .— dès le jour CHF .— dès le jour CHF .— dès le jour	

Indications pour la personne assurée

La carte de contrôle demeure auprès de la personne assurée et doit être présentée au médecin pour inscription de l'incapacité de travail.

La carte de contrôle doit être présentée au médecin lors de chaque consultation médicale pour attestation de l'incapacité de travail. Pour le décompte des prestations, la carte de contrôle doit être présentée **chaque mois** à la Visana Services SA.

A la fin de l'incapacité de travail, l'original de la carte de contrôle doit être envoyé à la Visana Services SA.

Inscriptions du médecin traitant

Date de la consultation		Incapacité de travail		Signature du médecin	Date de la consultation		Incapacité de travail		Signature du médecin
visite	visite suivante	degré %	dès le		visite	visite suivante	degré %	dès le	

Fin du traitement médical le _____

Reprise du travail à 100 % le _____

Timbre du médecin