



visana

AVIS DE SINISTRE

Etabli le:
 Traité par:
 Ligne directe:

Assurance d'indemnités journalières LCA

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"/> sans emploi depuis le _____	<input type="checkbox"/> femme / homme au foyer	<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 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. **Vous donnez votre accord** pour que Visana ne verse des prestations que sous réserve d'une compensation avec d'éventuelles prestations de l'assurance-invalidité et qu'un paiement complémentaire de l'AVS/AI/APG soit versé directement à Visana jusqu'à concurrence du montant des prestations provisoires accordées pour la même période (droit à la restitution directe).

Lieu et date

Tél. pour demandes complémentaires

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



visana

CARTE DE CONTRÔLE

Etabli le:
 Traité par:
 Ligne directe:

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 en possession de la personne assurée et doit être présentée au médecin pour inscription de l'incapacité de travail lors de chaque visite médicale.

En principe, l'original de ladite carte doit être présenté à la Visana Services SA au moment de la reprise du travail ou **chaque mois** lors d'incapacité de travail prolongée, ceci afin de revendiquer les prestations.

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

Inscriptions du médecin traitant

Date de la visite		Incapacité de travail		Signature du médecin	Date de la visite		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