



## Déclaration maladie/accident

Délai d'annonce selon Conditions Générales (plan A art. 20, plan B art. 11)

Nom \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ NPA/Lieu \_\_\_\_\_  
Né (e) le \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Tél-N° \_\_\_\_\_

L'associé soussigné prétend aux indemnités journalières (Des prestations sont versées selon les Conditions Générales, pour autant que la présente déclaration soit signée par le médecin traitant).

1) Motif \_\_\_\_\_ 1) Maladie/Accident/Hospitalisation/Séjour dans un foyer/Cure  
2) Date du début \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
3) Date de la première consultation chez le médecin traitant \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
4) Diagnostic exact \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_  
5) S'agit-il d'une récurrence \_\_\_\_\_ 5) Oui, de l'année \_\_\_\_\_  non  
6) Durée probable de l'incapacité de travail \_\_\_\_\_ 6) 100% du \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_  
% du \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_  
% du \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_  
7) Médecin traitant \_\_\_\_\_ 7) Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
8) Virement des indemnités au \_\_\_\_\_ 8) a – Compte postal \_\_\_\_\_  
b – IBAN n° \_\_\_\_\_  
Nom de la banque \_\_\_\_\_

### Autorisation

Selon les Conditions Générales, (plan A art. 23, plan B art. 12.3), j'autorise:

- la Caisse-Maladie des Médecins Suisses à demander chez les médecins traitants les rapports nécessaires pour les contrôles de droit aux prestations en relation à cette déclaration maladie-accident,
- les fournisseurs de prestations médicales (médecins, chiropraticiens, psychologues, personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical, laboratoires, hôpitaux, institutions de soins semi-stationnaires ou ambulatoires, hospices), les assureurs sociaux (AVS, AI, LAA, LAMAL) et privés, les institutions de prévoyance, les autorités, les employeurs de fournir des renseignements et de consulter leurs dossiers et remettre les dossiers pertinents.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### Attestation (Veuillez souligner ce qui convient)

**Je soussigné, médecin traitant,** confirme l'exactitude de la présente déclaration (Pos. 1-7)

Est-ce qu'une hospitalisation ou un séjour dans un foyer  
ou cure, est nécessaire? Oui, de \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  non

Observations éventuelles \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_