

Déclaration d'indemnités journalières pour les indépendants

Page 1/2

Maladie	Accident/Maladie professionnelle	Maternité, date d'accouchement prévue	Rechute
---------	----------------------------------	---------------------------------------	---------

Coordonnées

Nom	Prénom
Adresse	NPA localité
	Date de naissance
	N° d'assuré
N° de tél.	Numéro AVS

Activité

Activité professionnelle habituelle

Heures par semaine	régulière	irrégulière
--------------------	-----------	-------------

Données relatives à la maladie/à l'accident

Cause de la maladie

Veillez décrire la situation en cas d'accident/de maladie professionnelle.

Incapacité de travail depuis le

Durée probable

Si le travail est repris, à quelle date?

à 100%

Partiellement, à %

Avez-vous déjà souffert de la même maladie dans le passé?

Oui, quand?

Non

Si oui, quelle assurance était-elle compétente dans ce cas?

Déclaration d'indemnités journalières pour les indépendants

Page 2/2

Adresses des médecins

Premier médecin traitant ou hôpital/clinique

Médecin traitant ou hôpital/clinique de suivi

Emploi externe

Existe-t-il un emploi externe? Oui Non Si oui, veuillez joindre les 12 derniers bulletins de salaire.

Employeur(s)

Autres prestations d'assurance sociale

L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, de la Suva ou d'une autre assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-vieillesse et survivants, d'une institution de prévoyance professionnelle, de l'assurance militaire, de la caisse de chômage?

Si oui, de laquelle?

Lieu et date

