

Domande frequenti inerenti al modulo online PrestOpen malattia/infortunio

Campi obbligatori

Scheda «Datore di lavoro»

Per l'invio della notifica online, i seguenti campi sono obbligatori:

- N. contratto di assicurazione
- Datore di lavoro
- E-mail

Come proseguire con la notifica online quando ci sono controlli in rosso sulla destra?

I controlli in rosso segnalano i campi obbligatori ancora da compilare.

Controlli

Datore di lavoro

🔴 E-mail : obbligatorio

🟡 N° IBAN / CCP : preferibilmente

Per proseguire, cliccate direttamente la segnalazione in rosso (nell'esempio «E-mail: obbligatorio») e sarete indirizzati verso il campo da completare.

Un controllo in viola indica i campi che sarebbe preferibile completare.

Non sono campi obbligatori, ma è fortemente consigliato compilarli poiché trasmettendoci queste informazioni accelerate il processo di gestione del caso e il rimborso di eventuali indennizzi.

Aiuto per la compilazione

Campo «Riferimento dell'incarto per il datore di lavoro» nella scheda «Datore di lavoro»

In questo campo, potete annotare il riferimento interno del vostro sistema di gestione delle assenze.

Indirizzo del dipendente

Se il domicilio del dipendente si trova all'estero, al momento di inserire l'indirizzo è importante non dimenticare di modificare il campo «Paese» (alcuni controlli, ad esempio, non permettono di inserire un NPA di 5 cifre per la Svizzera).

Come notificare un infortunio bagattella?

Per notificare un infortunio bagattella, vi preghiamo di utilizzare il [modulo di notifica online \(LAINF\)](#). La distinzione tra gli infortuni bagattella e i casi con indennità giornaliera avviene nella scheda «Ferite», paragrafo «Incapacità lavorativa».

La scelta determina il numero di pagine (4 o 6) della conferma in formato PDF inviata alla fine della notifica (v. «Quali documenti ricevete?»).

Numero di ore di lavoro settimanali

Esempio: per un dipendente che lavora al 60%, occorre indicare 25.20 ore (20 in centesimi). Non è possibile inserire ore e minuti.

Come indicare il luogo preciso dell'evento se l'indirizzo esatto è sconosciuto?

Nella scheda «Circostanze», secondo paragrafo «Luogo preciso dell'evento» vistare

Non si conosce il luogo esatto

. In questo modo, è possibile inserire un luogo nel campo «Via», ad esempio campo di calcio di Ascona, pista di ghiaccio di Airolo ecc.

Se necessario, potete fornire informazioni più precise riguardo al luogo dell'evento nel campo «Descrizione dell'evento».

Come notificare lesioni multiple?

Nella scheda «Ferite», la lesione principale va indicata utilizzando il menù a tendina dei campi «Natura della lesione» e «Parte del corpo lesa». Il campo «Descrizione delle ferite» vi permette di fornire precisazioni riguardo alla lesione principale e di indicare altre eventuali lesioni.

Descrizione delle ferite

frattura del bacino
frattura della mano sinistra, polso, 2° e 3° metacarpo
frattura del piatto tibiale

Qual è la data dell'evento?

La data dell'infortunio corrisponde sempre alla data esatta in cui esso si è verificato. Le indennità sono pagate dal giorno seguente.

Quale data va indicata per l'inizio dell'incapacità lavorativa?

Secondo le disposizioni legali, l'incapacità lavorativa inizia sempre (al più presto) il giorno seguente l'infortunio. Potete anche indicare una data di inizio futura (per esempio in caso di operazione chirurgica già prevista).

Coordinate del medico curante

L'ordine in cui vengono inseriti i dati corrisponde all'ordine di consultazione dei medici.

Informazioni complementari

Nell'ultima scheda «Informazioni complementari», potete allegare documenti (ad esempio certificati medici, foto delle lesioni o rapporti) fino a un massimo di 5 Mo.

Datore di lavoro	Infortunato	Circostanze	Ferite	Informazioni complementari
------------------	-------------	-------------	--------	-----------------------------------

Allegare documenti

Può allegare foto e documenti relativi al sinistro.
Documenti Acrobat Reader (.pdf), immagini (.jpg, .bmp, .png, .tiff, .gif).

Documenti

Spostate i vostri file in questa zona o utilizzate il bottone qua sotto.
Grandezza file massima: 5 Mo
Tipi di file autorizzati: png, jpg, jpeg, pdf, doc, docx, xlsx, xls, msg

+ Esplora...

Cognome	Tipo	Grandezza		
---------	------	-----------	--	--

Le indicazioni supplementari in fondo alla scheda «Informazioni complementari» agevolano una gestione dell'incarto più rapida ed efficace.

"Non ha fornito le informazioni seguenti:

- (Datore di lavoro) N° IBAN / CCP : preferibilmente
- (Assicurato) N° IBAN / CCP : preferibilmente
- (Incapacità lavorativa) Tipo d'affezione

Se tali dati dovessero servire nella gestione della sua notifica, saremmo costretti a ricontattarla, il che potrebbe ritardare la gestione del suo incarto."

Le coordinate per il pagamento ci permettono di procedere più rapidamente al rimborso, che sia a favore del datore di lavoro o dell'infortunato.

Quali documenti ricevete?

Infortunio bagattella

Quattro pagine: 1. riassunto della notifica per il datore di lavoro (riassunto con i dati); 2. conferma di ricezione per il dipendente (può essere inviato direttamente al collaboratore poiché il suo indirizzo è già indicato); 3. modulo per il medico (include il riferimento interno del cliente); 4. modulo per la farmacia.

Cure dentarie

Quattro pagine: come per gli infortuni bagattella.

Un caso di questo tipo può necessitare di farmaci (pagina 4) ecc. Il gestore si occuperà di inviare un questionario/la domanda di preventivo al medico-dentista.

Notifica di un caso con indennità giornaliera

Sei pagine: 1. riassunto della notifica per il datore di lavoro (riassunto con i dati); 2. conferma di ricezione per il dipendente (può essere inviato direttamente al collaboratore poiché il suo indirizzo è già indicato); 3.+4. rapporto medico iniziale (da compilare da parte del medico); 5. modulo per la farmacia; 6. modulo di infortunio LAINF (per l'infortunato).

Malattia (perdita di guadagno malattia)

Tre pagine: 1. riassunto della notifica di malattia (una o due pagine secondo la quantità di informazioni fornite); 2. modulo per l'incapacità lavorativa.

Come trattare i casi di cure dentarie?

Nella scheda «Circostanze», alla voce «Tipo di evento» occorre vistare Infortunio dentale .

Dopo l'inoltro alla Vaudoise, ricevete le quattro pagine (v. sopra) in formato PDF.

Il gestore invierà il questionario/la domanda di preventivo al medico-dentista indicato nella notifica di infortunio.

Che cosa occorre fare con le fatture di un infortunio bagattella?

Le fatture sono vanno trasmesse all'indirizzo indicato per il pagamento.

Come procedere per i casi con incapacità lavorativa?

Per i casi con incapacità lavorativa, l'infortunato riceve una comunicazione con le informazioni sul gestore. Si tratta di una procedura standard sistematica.

Domande generali

È possibile salvare i dati incompleti prima della trasmissione?

No, la notifica va fatta in una volta sola. Non ci sono tuttavia limiti di tempo.

Salvataggio della prima pagina, scheda «Datore di lavoro»

Il salvataggio di questa pagina non è possibile. A livello tecnico, il salvataggio dei dati già inseriti dipende dal vostro browser (Chrome, Internet Explorer, Mozilla Firefox ecc.) e dalla politica inerente ai dati informatici della vostra azienda (abilitazione dei cookie, cronologia ecc.).

Conto bancario / IBAN

IBAN del cliente

Se il vostro numero IBAN ci è già stato comunicato, non è necessario ripeterlo a ogni nuova notifica di sinistro. Non è un campo obbligatorio.

IBAN dell'infortunato

L'IBAN nella scheda «Infortunato» va indicato per permetterci di effettuare i versamenti delle prestazioni direttamente al dipendente. Compilando questo campo, favorite una gestione più rapida ed efficace del caso.

Schermate

Notifica di infortunio (LAINF) bagattella e con indennità giornaliera

Prima scheda: «Datore di lavoro»



Employeur | Blessé | Circonstances | Blessures | Informations complémentaires

▲ Identité

No de contrat d'assurance (Ex. 654321 1700) /

Employeur

Référence de dossier pour l'employeur

Personne de contact

Email 

Téléphone

A compléter uniquement si modification récente de vos coordonnées

Rue

No postal / Localité

Téléphone

N° IBAN / CCP



Seconda scheda: «Infortunato»

Employeur	Blessé	Circonstances	Blessures	Informations complémentaires
<p>▲ Identité</p> <hr/>				
Civilité	Monsieur <input type="button" value="v"/>			
Nom	Dfdfsdfs			
Prénom	Fdfsdfs			
Date de naissance	01.07.1986 <input type="button" value="12"/>			
Nationalité	Choisissez <input type="button" value="v"/>			
Etat civil	Choisissez <input type="button" value="v"/>			
Langue	Français <input type="button" value="v"/>			
<hr/>				
Adresse	<input type="text"/>			
c/o, P.A.	<input type="text"/>			
Rue	dfdfs			
No postal / Localité	1320	dfdfd		
Pays	Suisse <input type="button" value="v"/>			
<hr/>				
Tél. privé / Natel	<input type="text"/>			
Email	<input type="text"/>			
N° IBAN / CCP	<input type="text"/>			
No AVS	<input type="text"/>			
Nombre d'enfants à charge	<input type="text"/>			
<hr/>				
▲ Contrat de travail				
<hr/>				
Profession	dfdfsdf			
Place de travail habituelle	<input checked="" type="checkbox"/> Exploitation <input type="checkbox"/> Bureau		<input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Vente	
Fonction	<input checked="" type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Stagiaire		<input type="checkbox"/> Cadre moyen <input type="checkbox"/> Apprenti	
Contrat de travail	<input checked="" type="checkbox"/> Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Durée déterminée		<input type="checkbox"/> Résilié	
Date d'engagement	01.07.2016 <input type="button" value="12"/>			
Spécificités	<input type="checkbox"/> Saisonnier		<input type="checkbox"/> Frontalier	
<hr/>				
Ne concerne que les contrats d'assurance en complémentaire LAA. Si garanties d'assurance différentes selon la catégorie du personnel, veuillez préciser :				
<hr/>				
Catégorie de personnes assurées selon contrat	Choisissez <input type="button" value="v"/>			

▲ Contrat de travail

Profession	<input type="text" value="dfsdfs"/>	
Place de travail habituelle	<input checked="" type="checkbox"/> Exploitation <input type="checkbox"/> Bureau	<input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Vente
Fonction	<input checked="" type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Cadre moyen <input type="checkbox"/> Apprenti
Contrat de travail	<input checked="" type="checkbox"/> Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Durée déterminée	<input type="checkbox"/> Résilié
Date d'engagement	<input type="text" value="01.07.2016"/> 	
Spécificités	<input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> Frontalier

Ne concerne que les contrats d'assurance en complémentaire LAA. Si garanties d'assurance différentes selon la catégorie du personnel, veuillez préciser :

Catégorie de personnes assurées selon contrat 

▲ Horaire de travail

Taux d'occupation (%)	<input type="text" value="100"/>	
Occupation	<input type="checkbox"/> Régulière	<input type="checkbox"/> Irrégulière
Nombre d'heures de travail hebdomadaire	<input type="text"/>	
de l'assuré	<input type="text"/>	
de l'entreprise	<input type="text"/>	
Chômage	<input type="radio"/> Non	<input checked="" type="radio"/> Partiel <input type="radio"/> Total

▲ Autre employeur

Si l'assuré(e) possède une autre activité rémunérée, veuillez déclarer cet autre employeur.

Autre employeur ? Oui Non ne sais pas



Terza scheda: «Circostanze»

Employeur	Blessé	Circonstances	Blessures	Informations complémentaires
<p>▲ Evènement</p> <hr/>				
Type d'évènement	<input checked="" type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle		<input type="checkbox"/> Accident dentaire <input type="checkbox"/> Rechute médicale	
Date de l'évènement	<input type="checkbox"/> La date n'est pas connue avec précision			
Date	<input type="text" value="01.07.2016"/>			
Heure (Ex. 14:30, 8:00)	<input type="text"/>			
Lieu précis de l'évènement	<input type="checkbox"/> Le lieu n'est pas connu avec précision			
Rue	<input type="text" value="xcyxcyxc"/>			
No postal / Localité	<input type="text" value="1234"/>	<input type="text" value="Fsdfsdfsdf"/>		
Pays	<input type="text" value="Suisse"/>			
Description de l'évènement	<input type="text" value="dsfsdfs"/>			
Nature de l'accident	<input checked="" type="checkbox"/> Professionnel		<input type="checkbox"/> Non professionnel	
Rapport de police	<input type="radio"/> Oui		<input type="radio"/> Non	
			<input type="radio"/> Inconnu	
<p>▲ Témoins +</p> <hr/>				
Veuillez donner l'identité des éventuels témoins.				
<p>▼ Témoins 1 ✕</p> <hr/>				
<p>▲ Témoins 2 ✕</p> <hr/>				
Civilité	<input type="text" value="Choisissez"/>			
Nom	<input type="text"/>			
Prénom	<input type="text"/>			
Adresse	<input type="text"/>			
c/o, P.A.	<input type="text"/>			
Rue	<input type="text"/>			
No postal / Localité	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Pays	<input type="text" value="Choisissez"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

▲ Tierces personnes impliquées +

Veillez donner l'identité des tierces personnes impliquées.

▼ Tiers responsable1 ✕

▲ Tiers responsable2 ✕

Civilité	<input type="text" value="Choisissez"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Adresse	<input type="text"/>
c/o, P.A.	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>
No postal / Localité	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pays	<input type="text" value="Choisissez"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>



Quarta scheda: «Ferite»

Employeur	Blessé	Circonstances	Blessures	Informations complémentaires																								
<p>▲ Blessures</p> <hr/> <p>Description des blessures <input type="text" value="dfsdfsdf"/></p> <p>Nature de la lésion <input type="text" value="Elongation"/></p> <p>Partie du corps atteinte <input type="text" value="Dents"/></p> <p>Côté du corps <input checked="" type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Indéterminé</p> <p><input type="checkbox"/> L'assuré(e) est décédé(e)</p> <p>▲ Incapacité de travail</p> <hr/> <p>L'employé a-t-il dû interrompre son travail ? <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Date de début de l'incapacité <input type="text" value="15.07.2016"/></p> <p><input type="checkbox"/> Durée probable de l'incapacité supérieure à un mois</p> <p><input type="checkbox"/> La personne a repris le travail</p> <hr/> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Salaire</th> <th>Montant</th> <th>Mode</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Salaire de base (brut)</td> <td><input type="text" value="2000"/></td> <td><input type="text" value="CHF par mois"/></td> </tr> <tr> <td>Allocations pour enfants / famille</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Choisissez"/></td> </tr> <tr> <td>Indemnités pour vacances/jours fériés</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Choisissez"/></td> </tr> <tr> <td>Gratification - 13eme salaire</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Choisissez"/></td> </tr> <tr> <td>Autres allocations</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Choisissez"/></td> </tr> <tr> <td>Salaire à la tâche</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Choisissez"/></td> </tr> <tr> <td>Salaire en nature</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text" value="Choisissez"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> L'assuré est soumis à l'impôt à la source</p> <p>▲ Médecins +</p> <hr/> <div style="background-color: #e0f0f0; padding: 5px; border: 1px solid #00a0e3;"> <p>Si l'assuré(e) a été pris(e) en charge/reçu(e) des soins par un intervenant professionnel (médecin, hôpital, ...), veuillez en donner les coordonnées.</p> </div> <p>▼ Médecin 1 ×</p> <hr/> <p>▲ Médecin 2 ×</p>					Salaire	Montant	Mode	Salaire de base (brut)	<input type="text" value="2000"/>	<input type="text" value="CHF par mois"/>	Allocations pour enfants / famille	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>	Indemnités pour vacances/jours fériés	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>	Gratification - 13eme salaire	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>	Autres allocations	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>	Salaire à la tâche	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>	Salaire en nature	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>
Salaire	Montant	Mode																										
Salaire de base (brut)	<input type="text" value="2000"/>	<input type="text" value="CHF par mois"/>																										
Allocations pour enfants / famille	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>																										
Indemnités pour vacances/jours fériés	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>																										
Gratification - 13eme salaire	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>																										
Autres allocations	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>																										
Salaire à la tâche	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>																										
Salaire en nature	<input type="text"/>	<input type="text" value="Choisissez"/>																										

Civilité	<input type="text" value="Choisissez"/>
Titre	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
<hr/>	
Adresse	<input type="text"/>
c/o, P.A.	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>
No postal / Localité	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pays	<input type="text" value="Choisissez"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

▲ Assurances

Caisse maladie de l'assuré(e)

L'assuré(e) a déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale



Quinta scheda: «Informazioni complementari»

Employeur	Blessé	Circonstances	Blessures	Informations complémentaires	
-----------	--------	---------------	-----------	-------------------------------------	--

▲ Annexer des documents

Vous avez la possibilité de joindre des photos et des documents relatifs au sinistre.
(Fichiers acceptés : image, PDF, Microsoft Word, Excel, PowerPoint, Outlook.)

Documents

Déposez vos fichiers dans cette zone ou utilisez le bouton ci-dessous.
Taille de fichier maximale: 5 Mo
Types de fichiers autorisés: png, jpg, jpeg, pdf, doc, docx, xlsx, xls, msg

+ Parcourir...

Nom	Type	Taille		
-----	------	--------	---	---

▲ Remarques

Vous n'avez pas renseigné les informations suivantes :

- (Employeur) N° IBAN / CCP : souhaitable
- (Blessé) N° IBAN / CCP : souhaitable
- (Blessé) No AVS : souhaitable

Ces informations nous seront peut-être nécessaires pour traiter votre déclaration. Dans ce cas, nous devons vous recontacter, ce qui pourrait retarder le traitement de votre dossier.

 

Notifica di malattia (PGM-perdita di guadagno in caso di malattia)

Prima scheda: «Datore di lavoro»

**vaudoise**

Employeur Assuré Incapacité de travail Informations complémentaires

▲ Identité

No de contrat d'assurance (Ex. 654321 5630)

Employeur

Référence de dossier pour l'employeur

Personne de contact

Email

Téléphone

A compléter uniquement si modification récente de vos coordonnées

Rue

No postal / Localité

Téléphone

N° IBAN / CCP

Seconda scheda: «Assicurato»

Employeur	Assuré	Incapacité de travail	Informations complémentaires
-----------	---------------	-----------------------	------------------------------

▲ Identité

Civilité	Choisissez	▼
Nom	<input type="text"/>	
Prénom	<input type="text"/>	
Date de naissance	<input type="text"/>	
Nationalité	Choisissez	▼
Etat civil	Choisissez	▼
Langue	Français	▼

Adresse	<input type="text"/>	
c/o, P.A.	<input type="text"/>	
Rue	<input type="text"/>	
No postal / Localité	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays	Suisse	▼
Tél. privé / Natel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	
N° IBAN / CCP	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No AVS	<input type="text"/>	
Nombre d'enfants à charge	<input type="text"/>	

▲ Contrat de travail

Profession	<input type="text"/>	
Fonction	<input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Stagiaire	<input type="checkbox"/> Cadre moyen <input type="checkbox"/> Apprenti
Contrat de travail	<input type="checkbox"/> Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Durée déterminée	<input type="checkbox"/> Résilié

Contrat de travail

Durée indéterminée

Résilié

Durée déterminée

Date d'engagement

Catégorie de personnes assurées selon contrat

▲ Horaire de travail

Taux d'occupation (%)

Occupation

Régulière

Irrégulière

Nombre d'heures de travail hebdomadaire

de l'assuré

de l'entreprise

Chômage

Non

Partiel

Total



Terza scheda: «Incapacità lavorativa»

Employeur	Assuré	Incapacité de travail	Informations complémentaires
-----------	--------	------------------------------	------------------------------

▲ Incapacité de travail

 Date de début de l'incapacité 
 La personne a repris le travail

Motif de l'incapacité de travail

 Maladie / Grossesse

 Rechute médicale

 Maternité

Genre d'affection

Description de l'affection

La personne a-t-elle déjà souffert de cette affection ?

 Oui

 Non

S'agit-il des suites d'un accident ?

 Oui

 Non

Salaire

Montant

Mode

Salaire de base (brut)

Allocations pour enfants / famille

Indemnités pour vacances/jours fériés

Gratification - 13eme salaire

Autres allocations

Salaire à la tâche

Salaire en nature

 L'assuré est soumis à l'impôt à la source

▲ Médecins



Si l'assuré(e) a été pris(e) en charge/reçu(e) des soins par un intervenant professionnel (médecin, hôpital, ...), veuillez en donner les coordonnées.

▲ Médecin 1



Civilité	<input type="text" value="Choisissez"/>
Titre	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
<hr/>	
Adresse	<input type="text"/>
c/o, P.A.	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>
No postal / Localité	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pays	<input type="text" value="Suisse"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

▲ Assurances

L'assuré(e) a déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale



Quarta scheda: «Informazioni complementari»

Employeur	Assuré	Incapacité de travail	Informations complémentaires	
-----------	--------	-----------------------	-------------------------------------	--

▲ Annexer des documents

Vous avez la possibilité de joindre des photos et des documents relatifs au sinistre.
(Fichiers acceptés : image, PDF, Microsoft Word, Excel, PowerPoint, Outlook.)

Documents

Déposez vos fichiers dans cette zone ou utilisez le bouton ci-dessous.
Taille de fichier maximale: 5 Mo
Types de fichiers autorisés: png, jpg, jpeg, pdf, doc, docx, xlsx, xls, msg

+ Parcourir...

Nom	Type	Taille		
-----	------	--------	---	---

▲ Remarques

Vous n'avez pas renseigné les informations suivantes :

- (Employeur) N° IBAN / CCP : souhaitable
- (Assuré) N° IBAN / CCP : souhaitable
- (Assuré) No AVS : souhaitable

Ces informations nous seront peut-être nécessaires pour traiter votre déclaration. Dans ce cas, nous devons vous recontacter, ce qui pourrait retarder le traitement de votre dossier.

 