

Demande TEO (taxe d'exemption de l'obligation de servir)

Admin. cantonale		Date	
------------------	--	------	--

L'assujetti ci-dessous a été déclaré inapte, licencié médicalement ou dispensé du service. Nous devons examiner le droit à l'exonération de la taxe d'exemption de l'obligation de servir.

Année d'assujettiss.		Cat. assurance	
----------------------	--	----------------	--

Données personnelles			
Nom		Prénom	
Date de naissance			
N° d'assuré		Renvoyé médical.	
Raison		Date	

Adresse			
Rue			
NPA		Domicile	

Remarques	
-----------	--

Avec le bouton «Envoyer des données» vous pouvez envoyer les données électroniquement à l'Assurance militaire.

--

Prise de position de l'AM			
<input type="checkbox"/> Dossier AM existant	Personne de contact		
<input type="checkbox"/> Pas de dossier existant	Adresse de contact		

Questions (Veuillez cocher ce qui convient et préciser les dates)

<input type="checkbox"/> Variante 1 L'atteinte portée à la santé de la personne susmentionnée a été causée par le service militaire ou le service civil. Cette atteinte portée à la santé est <u>sensible</u> et <u>durable</u> .	<input type="checkbox"/> Variante 2 L'atteinte portée à la santé de la personne susmentionnée a été causée par le service militaire ou le service civil. Cette atteinte portée à la santé est <u>sensible</u> mais elle n'est que <u>temporaire</u> . <input type="checkbox"/> Elle a pris fin le <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Elle prendra probablement fin le <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Variante 3 La personne susmentionnée avait une affection préexistante (antérieure au service). Cette affection a été <u>aggravée</u> par le service militaire ou le service civil. Cette aggravation est <u>sensible</u> et: <input type="checkbox"/> a pris fin le <input type="text"/> <input type="checkbox"/> prendra probablement fin le <input type="text"/> <input type="checkbox"/> durable	<input type="checkbox"/> Variante 4 La personne susmentionnée avait une affection préexistante (antérieure au service). Cette affection n'a été <u>ni</u> causée <u>ni</u> aggravée par le service militaire ou le service civil.

Autres remarques / Prise de position (à remplir par le Service médico-militaire)
--

--

Lieu, date, titre, nom, prénom (médecin)	
--	--