**CONCORDIA, Siège principal**

Bundesplatz 15
Case postale, 6002 Lucerne
Téléphone 041 228 01 11
www.concordia.ch

Service externe

CONCORDIA

No. d'assuré(e):

No de police:

Cercle des personnes:

# Carte d'incapacité de travail

**Assurance collective de perte de gain**

## 1. Employeur

Nom: .....

Rue: .....

NPA, Localité: ..... Téléphone: .....

## 2. Personne assurée

Nom: ..... No AVS: .....

Prénom: ..... ❍ masculin ❍ féminin

Rue: .....

NPA, Localité: ..... Date de naissance: .....

## Indications importantes pour la personne assurée

Cette carte d'incapacité de travail reste en possession de l'assuré. En règle générale, cette carte doit être présentée au médecin à chaque visite pour l'attestation de l'incapacité de travail. Lors de la reprise du travail cette carte est à remettre immédiatement à votre employeur. Lors d'une incapacité de travail continue, la carte d'incapacité de travail doit être présentée à l'employeur à la fin de chaque mois afin que le décompte des prestations puisse être effectué. A la fin du traitement médical la carte d'incapacité de travail doit être retournée à la CONCORDIA.

**La carte d'incapacité de travail ne constitue pas la garantie d'un droit aux prestations.**

Par votre signature vous autorisez la CONCORDIA à requérir auprès des médecins qui vous traitent actuellement ou qui vous ont traité par le passé tous les renseignements nécessaires, ainsi qu'à consulter les dossiers de l'assurance obligatoire LAA, l'AI, l'assurance militaire et d'autres assureurs privés et/ou maladie concernés.

Date: ..... Signature de la personne assurée: .....

## Inscription du médecin traitant

❍ maladie ❍ accident ❍ maladie professionnelle ❍ maternité (marquez d'une X ce qui convient)

| Date de la | | Incapacité de travail | | Signature |
|---|---|---|---|---|
| prochaine consultation | consultation faite | degré % | à partir du | du médicin |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Date de la | | Incapacité de travail | | Signature |
|---|---|---|---|---|
| prochaine consultation | consultation faite | degré % | à partir du | du médicin |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Le traitement médical a pris fin le: .....

Reprise du travail à 100% le : .....

**Timbre et signature du médecin :**