

Déclaration de maladie Assurance collective d'indemnités journalières		Vers. n°			
1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal	Tél.	No de police.		
		Interlocuteur (nom, tél., e-mail)			
		Poste de travail habituel du malade (secteur de l'entreprise)			
2. Personne malade	Nom et adresse avec n° postal	Date de naissance	No AS / No AVS		
		Tél. (si connu)	Nationalité		
		État civil	Sexe		
Quellensteuerpflicht:					
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	Groupes/cercles de personnes		
		Fonction: <input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Cadre moyen <input type="checkbox"/> Employé/travailleur <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire Relation: <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> Contrat de travail résilié			
		Horaire de travail de la personne malade: heures		Taux d'occupation contractuel: %	
		Horaire de travail dans l'entreprise: (heures par semaine)		Occupation:	
4. Événement					
5. Incapacité de travail	Arrêt de travail en raison d'une maladie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, depuis quand?		
	Probable durée de l'incapacité:		Le travail a été repris le: % Depuis <input type="checkbox"/> en plein <input type="checkbox"/> part		
6. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)		
7. Salaire	CHF par	heure	mois	année	
		Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise			
		Allocation pour enfants/famille			
		Ind. pour vacances/jours fériés			
		Gratification / 13e mois			
		Autres compl. de sal. (p. ex. à la tâche/commission/en nature/indemnité pour travail par équipes)			
		Désignation:			
8. Autres assurances	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 ou à une indemnité en cas de maternité? Si oui, de laquelle?				
9. Remarques à l'assureur					

La personne malade autorise la CONCORDIA à traiter les données requises pour régler le cas d'assurance. Par ailleurs, elle autorise la CONCORDIA à consulter les documents officiels, judiciaires, médicaux et autres dans la mesure où la consultation de ces documents est nécessaire au règlement du cas d'assurance; dans ce cadre, elle libère les médecins traitants et les spécialistes du secret médical. La personne assurée autorise la CONCORDIA à communiquer les données relatives à ces cas au sein de la CONCORDIA. L'autorisation de traitement des données peut être révoquée à tout moment.

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

Signature de la personne malade

Va à: CONCORDIA