



## Annonce pour prolongation d'indemnités journalières

Lamal LCA

### Nom et adresse

No. ass.  
No. archive  
Date de naiss.  
Tél.  
E-Mail

Cher assuré(e),

Vous faites valoir des prestations d'indemnités journalières. Pour une prochaine incapacité de travail, veuillez faire attention aux points suivants:

- ➔ Ce formulaire reste en votre possession durant toute la durée de votre rétablissement. Une copie avec la confirmation complémentaire d'incapacité de travail doit être soumise chaque mois à l'adresse suivant: **Agrisano, Laurstrasse 10, 5201 Brugg**
- ➔ L'original doit être envoyé à l'Agrisano uniquement lorsque l'incapacité de travail est terminée ou si toutes les lignes ont été épuisées. Merci pour votre collaboration.

### Degré de l'incapacité en % (à remplir par le médecin traitant/l'hôpital)

%	de	jusqu'à	Date	Timbre/signature du médecin	Prochaine consultation

Remarques

