



<b>Annonce LAM</b>			<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Séquelles/rechutes	<input type="checkbox"/> Dommage dentaire	<input type="checkbox"/> Maternité
▶ Rempli par			<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Assuré(e)	<input type="checkbox"/> Employeur	<input type="checkbox"/> Autre:	
▶ Déclarations de l'assuré(e)							
1. N° d'assuré (si connu):	2. N° d'assurance sociale:	3. Date de naissance / Sexe:					
4. Nom:	5. Prénom:	6. E-Mail:					
7. Rue, n°:	8. NPA:	9. Domicile:					
10. N° de tél. portable:	11. N° de tél. privé:	12. N° de tél. professionnel:					
13. Statut professionnel: <input type="checkbox"/> salarié(e) <input type="checkbox"/> indépendant(e) <input type="checkbox"/> sans activité lucrative <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> en formation/perfectionnement							
14. Activité prof. actuelle: 15. Employeur: (Nom resp. NPA Lieu)							
16. Catégorie d'assuré: <input type="checkbox"/> militaire <input type="checkbox"/> protection civile <input type="checkbox"/> service civil <input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> autre activité:							
17. Genre de service: Date de service d'entrée - date ordinaire de fin Licencierement prématuré: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date:							
18. En cas de maladie: début et évolution, parties du corps touchées (gauche / droite)							
19. En cas d'accident: circonstances exactes, type de lésion, parties du corps touchées (gauche / droite)							
20. Lieu de l'accident:		21. Date de l'accident:			22. Heure de l'accident:		
23. Moment de l'accident: <input type="checkbox"/> en service <input type="checkbox"/> en sortie ou temps libre <input type="checkbox"/> en congé <input type="checkbox"/> sur le trajet d'aller/de retour (domicile-lieu du service)							
24. Rapport de police: <input type="checkbox"/> police civile <input type="checkbox"/> police militaire <input type="checkbox"/> aucun rapport de police							
25. Annonce de l'affection: <input type="checkbox"/> au début du service (visite sanitaire d'entrée) <input type="checkbox"/> pendant le service <input type="checkbox"/> après le service							
▶ Indications du médecin traitant (à remplir par le médecin)							
26. Date de la première consultation:							
27. Diagnostic:							
28. Anamnèse (affection actuelle, éventuellement maladies ou accidents antérieurs de nature identique ou similaire):							
29. Mesures thérapeutiques:							
30. Traitement médical achevé? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui				Suite du traitement (médecin ou hôpital):			
31. Incapacité de travail: <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		Si oui, depuis quand?	Jusqu'à quand?	Taux de l'incapacité de travail %			
		Durée probable:	<input type="checkbox"/> plus de 8 sem. en cas d'accident	<input type="checkbox"/> plus de 4 sem. en cas de maladie			
32. Incapacité de travail évaluée pour la profession de:							
33. Médecin traitant: (Nom resp. Rue, NPA Domicile)							
						Tél.:	GLN:
						Fax:	RCC:
34. Remarques:							

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
superflu pour envoi électronique**Transmission électronique**

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