



| | | | | | | |
|--|----------------------------|--|---|---|---|------------------------------------|
| Annonce LAM | | <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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | |
| 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.