

Assurance militaire

Feuille de maladie et d'accident LAM

suva

N° d'assuré: _____

Assuré(e):	N° d'assurance sociale: _____	Date de naissance / Sexe: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom: _____	Prénom: _____	E-Mail: _____
Rue, n°: _____	NPA: _____	Domicile: _____
Employeur:	Nom: _____	
	Rue, NP lieu: _____	
Tâches principales: _____	Taux d'activité: _____	%

Attestation du médecin (incapacité de travail en raison d'une affection couverte par l'assurance militaire)

Diagnostic:	Type: _____	Code: _____

Date de la consultation	Taux en cas de capacité partielle	Incapacité de travail du - jusqu'au	Remarques
_____	% c.à.d. h/jour à %	-	
_____	% c.à.d. h/jour à %	-	
_____	% c.à.d. h/jour à %	-	
_____	% c.à.d. h/jour à %	-	

Durée probable de l'incapacité de travail: _____ semaines

Le traitement médical a pris fin le: _____

Indications concernant la capacité de travail de l'assuré, dans la mesure où l'incapacité de travail dépasse 8 sem.

1. Pendant la période de **capacité de travail réduite** l'assuré ne peut **pas accomplir** les activités suivantes:2. En revanche, l'assuré **peut accomplir** les activités suivantes:3. Une **capacité de travail partielle n'est pas exigible**, parce que:

Remarque Dans la mesure où l'incapacité de travail perdure au-delà de 8 semaines, l'assurance militaire soumettra au médecin traitant une description du poste de travail de l'assuré.

Veillez svp envoyer le formulaire à l'assurance militaire après chaque consultation.

Médecin traitant:	Nom: _____	GLN.: _____
	Rue: _____	RCC: _____
	NP lieu: _____	Téléphone: _____
	E-Mail: _____	

Remarques: _____

Date: _____

Signature: _____
superflu pour envoi électronique

Transmission électronique

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