Assurance militaire
Feuille de maladie et d'accident LAM

Suva Genève
Assurance militaire · Service Center
Postfach · 6009 Luzern
Tél. 022 707 85 55 · Fax 022 707 85 56

suva

Remplir et envoyer ne fonctionnera pas correctement - Javascript est désactivé!
Acrobat Reader avec Javascript actif est nécessaire pour un traitement correct.

N° d'assuré:
00.000.000

Assuré(e):	N° d'assurance sociale:	Date de naissance / Sexe: ☐ M ☐ 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:
X

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

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

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

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.