



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 _____ Licenciement 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.