

Feuille de maladie et d'accident LAM

No d'assuré

► Déclarations de l'assuré(e):

Nom et prénom	Sexe / Date de naissance	No AVS
Rue / Complément d'adresse	No de tél.	No de fax
NPA / Domicile	Mail	

Détermination du droit à l'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail

Nous vous prions d'inscrire le **numéro d'assuré** – qui figure dans toute notre correspondance - sur la feuille de maladie et d'accident et de l'indiquer à chaque occasion.

La feuille de maladie et d'accident reste en votre possession; elle doit être présentée au médecin à chaque visite. Veuillez envoyer cette feuille à l'assurance militaire lorsque vous reprenez le travail, mais **au plus tard** après 8 semaines d'incapacité de travail.

L'incapacité de travail est inscrite par le médecin sur la feuille de maladie et d'accident. **Lorsqu'elle n'est que partielle, il faut observer l'horaire de travail complet**, sauf si le médecin en prescrit **un autre pour des raisons médicales** (voir l'encadré ci-dessous).

L'avis de taxation que chaque assuré reçoit renseigne sur le paiement de l'indemnité journalière. Ce document n'a pas valeur d'acceptation de l'événement.

En cas de changement de médecin, veuillez prendre contact immédiatement avec l'assurance militaire.

Les **frais de voyage et de transport** nécessaires (p.ex. pour se rendre chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche) vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (p.ex. transports publics). Le cas échéant, prenez un abonnement. Veuillez indiquer sur votre note de frais le numéro de votre compte postal ou celui de votre banque. Si, pour des raisons personnelles, vous vous faites soigner en dehors du lieu de votre domicile, les frais supplémentaires qui en résultent ne peuvent pas être pris en charge par l'assurance militaire.

Concernant le **traitement à l'hôpital**, l'assurance militaire couvre les frais en division commune. Pour la durée du séjour hospitalier, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière.

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

Diagnostic / Remarque

[Redacted area for diagnosis and remarks]

Date de la consultation	Taux	Incapacité de travail du - jusqu'au en cas de capacité partielle	Signature du médecin remarque
	%	- % %, c.-à-d. h par jour à %	
	%	- % %, c.-à-d. h par jour à %	
	%	- % %, c.-à-d. h par jour à %	

Durée probable de l'incapacité de travail: semaines

Le traitement médical a pris fin le:

Remarques

[Redacted area for remarks]

Médecin

[Redacted area for doctor name]

EAN / CSCM

[Redacted area for EAN / CSCM]

Date

[Redacted area for date]

Signature du médecin
