

Questionnaire pour l'étranger

Pour les traitements d'urgence

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Les réponses aux questions doivent être complètes, et le formulaire doit être renvoyé immédiatement dûment signé à l'adresse indiquée à la fin du document. Si vous avez des questions, notre Centre de service-clientèle y répondra volontiers au 0844 277 277. Merci beaucoup.

Numéro-client

1 Renseignements généraux

1.1 Personne assurée

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Prénom | Nom | Date de naissance |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rue, N° | NPA/Localité | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

1.2 Contact

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| Téléphone privé | Mobile | Téléphone professionnel |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| A quelle heure est-il possible de vous joindre? | E-mail | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Où? | Privé <input type="checkbox"/> | Mobile <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> |

2 Questions

2.1 S'agit-il de

Maladie
 Accident, veuillez également remplir intégralement la déclaration d'accident
 Maternité

2.2 Type de maladie ou de blessure

Description précise, type de maladie ou de lésion ou description exacte de l'événement

2.3 Quand et où êtes-vous tombé/e malade ou avez-vous subi un accident?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Date | Heure |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Lieu | Pays |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2.4 Quels traitements ont été dispensés à l'étranger par le médecin ou l'hôpital?

2.5 Durée du traitement

Traitement ambulatoire

Traitement stationnaire

Date

au

Date

au

2.6 Frais de traitement

CHF

Devise étrangère, laquelle

Traitement ambulatoire

Traitement stationnaire

| | CHF | Devise étrangère |
|----------------|----------------------|----------------------|
| Frais médicaux | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Médicaments | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Total | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | CHF | Devise étrangère |
|-----------------|----------------------|----------------------|
| Frais d'hôpital | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Médicaments | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Total | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2.7 Premier médecin traitant/hôpital à l'étranger ou en Suisse

Prénom

Nom

Hôpital

Rue, N°

NPA/Localité

Pays

2.8 Poursuite du traitement par le médecin/l'hôpital à l'étranger ou en Suisse

Prénom

Nom

Hôpital

Rue, N°

NPA/Localité

Pays

2.9 Avez-vous été traité/e préalablement en Suisse pour cette affection?

Oui

Non

Si oui, quand et par qui?

Date

au

Prénom

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

2.10 Etes-vous encore assuré/e ailleurs (maladie/accident/frais de transport / livret ETI, etc.)?

Oui

Non

Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance?

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

Rue, N°

NPA/Localité

Avez-vous déjà déclaré l'événement à cette assurance?

Oui

Non

2.11 Avez-vous conclu une assurance voyage séparée?

N° de police/N° de proposition

A la CSS? Oui Non

Auprès d'une autre compagnie d'assurance? Oui Non

Si oui, auprès de quelle autre compagnie d'assurance?

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

Rue, N°

NPA/Localité

2.12 Durée et motif du séjour à l'étranger

Date

du au

2.13 Où se trouve votre domicile légal?

Rue, N°

NPA/Localité

2.14 Avez-vous annoncé votre départ à votre commune de domicile en Suisse?

Oui, au Non

**2.15 Pour les personnes qui ont été détachées à l'étranger par l'employeur:
à quelle date avez-vous été détaché/e à l'étranger par votre employeur suisse?**

Nom et adresse de l'employeur

2.16 Coordonnées du destinataire des prestations

Personne assurée Autre destinataire des prestations

Prénom

Nom

Numéro-client

Rue, N°/Case postale

Adresse complémentaire

NPA/Localité

Remboursement sur le compte

IBAN

Nom de l'établissement financier

2.17 Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Par la signature de ce formulaire, la personne soussignée autorise la CSS à communiquer, en tout temps, à des médecins ou autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils des renseignements, dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou bien à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance. Les instances impliquées sont, dans ces cas-là, déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel envers la CSS.

La personne soussignée a le droit de demander des renseignements au sujet du traitement des données qui la concernent. L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps.

Entités juridiques pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA

Entités juridiques pour les assurances selon la LCA: CSS Assurance SA

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

Adresse de l'assureur:

CSS, Centre de Services, case postale 144, 1000 Lausanne 10