

Déclaration de cas

Protection juridique des patients ou protection juridique à l'étranger

En tant que personne assurée ou représentant/e légal/e de cette dernière, merci de remplir le formulaire en intégralité avant de l'envoyer à l'adresse indiquée en dernière page. Nous pourrions alors vérifier votre droit aux prestations.

Avez-vous des questions? Notre Centre de Service-clientèle vous aide avec plaisir 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	Téléphone portable	Téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A quelle heure pouvons-nous vous joindre?		
<input type="text"/>	Où? <input type="checkbox"/> N° privé <input type="checkbox"/> N° portable <input type="checkbox"/> N° professionnel	
E-mail	Personne de contact en cas de questions	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1.3 Informations sur la couverture d'assurance (à remplir par la CSS)

CSS Assurance SA:

- Assurance ambulatoire myFlex et assurance santé Livo Top, y c. assurance de protection juridique des patients (PJP Orion n° de police 1.248.851)
- Assurance ambulatoire myFlex et assurance santé Livo Top, y c. assurance de protection juridique à l'étranger (PJE Orion n° de police 1.248.852)
- Assurance de protection juridique du patient (Orion n° de police 1.262.223)
- Assurance de protection juridique à l'étranger dans le cadre de l'assurance voyages (Orion n° de police 1.262.224)
- Assurance de protection juridique du patient ex-INTRAS (Orion n° de police 1.245.965)
- Assurance ambulatoire, y c. assurance de protection juridique du patient ex-Sanagate (PJP Orion n° de police 1.262.225)
- Assurance ambulatoire, y c. assurance de protection juridique à l'étranger ex-Sanagate (PJE Orion n° de police 1.262.226)

1.4 Indications à propos du sinistre

S'il s'agit d'un sinistre qui concerne l'**assurance de protection juridique du patient**, merci de remplir les **points 2, 4, 5 et 6**.

S'il s'agit d'un sinistre qui concerne l'**assurance de protection juridique à l'étranger**, merci de remplir les **points 3, 4, 5 et 6**.

2 Assurance de protection juridique du patient

2.1 Informations sur le fournisseur de prestations

Où avez-vous été soigné/e? Hôpital Cabinet médical Autre

Nom et adresse du fournisseur de prestations (hôpital, médecin, etc.)

Prénom	Nom	Téléphone
--------	-----	-----------

Rue, n°	NPA/localité
---------	--------------

Nom de la ou du spécialiste qui, selon vous, a commis l'erreur de traitement / la faute professionnelle:

Prénom	Nom	Téléphone
--------	-----	-----------

Rue, n°	NPA/localité
---------	--------------

2.2 Informations à propos du sinistre

Quand l'erreur de traitement a-t-elle eu lieu?

Date

Quelle est, d'après vous, l'erreur de traitement / la faute professionnelle?

Description précise

Quels symptômes ressentez-vous depuis ce traitement?

Description précise

Etes-vous en incapacité de travail? Oui Non

3 Assurance de protection juridique à l'étranger

3.1 Description de l'événement

3.1.1 Quand l'événement s'est-il produit?

Date

3.1.2 Où l'événement s'est-il produit?

Lieu, pays

3.1.3 Que s'est-il passé? (Merci de donner une description précise et aussi détaillée que possible de l'événement, éventuellement au moyen de dessins ou de photos)

(Vous pouvez utiliser une autre feuille si celle-ci ne suffit pas.)

3.1.4 Avec quoi n'êtes-vous pas d'accord et quel est votre but?

3.1.5 A l'encontre de qui souhaitez-vous une assistance juridique?

3.2 Description du dommage subi

3.2.1 Quelqu'un a-t-il été blessé?

Oui Non

Si oui: qui?

Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Type de blessure

Spécialiste ou hôpital traitant/e

Assurance-accidents auprès de la Suva

Oui Non

Autres assurance-accidents

Nom de la société d'assurance	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Assurance-maladie

Nom de l'assurance-maladie	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2.2 Y a-t-il eu des dommages matériels?

Oui Non

Si oui: type de dommage?

Description précise

Montant approximatif du dommage

CHF

Quand et où peut-on voir l'objet endommagé?

Description précise

Eventuellement, propres assurances soumises à l'obligation de prestations:

Nom de la société d'assurance	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom de la société d'assurance	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.3 Accident de la circulation ou infraction aux règles de la circulation

3.3.1 Informations sur le véhicule que vous utilisez:

Prénom de la détentrice ou du détenteur

Nom de la détentrice ou du détenteur

Rue, n°

NPA/localité

Plaque d'immatriculation

Nom et adresse de l'assurance responsabilité civile du véhicule utilisé

3.3.2 Si votre véhicule à moteur a été endommagé:

Existe-t-il une assurance casco?

Casco complète

Casco partielle

Non

Si oui:

Nom et adresse de l'assurance casco

Le sinistre a-t-il déjà été annoncé?

Oui

N° de sinistre

Non

Votre véhicule a-t-il déjà été réparé?

Oui (joindre la facture)

Non

Une expertise a-t-elle été demandée?

Oui

Non

Si oui:

Nom et adresse

3.3.3 Personne qui conduisait le véhicule à moteur

(à remplir uniquement s'il ne s'agit pas de la/du preneur/-euse d'assurance ou de la/du détenteur/-trice du véhicule selon le chiffre 1)

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA/localité

Téléphone privé

Téléphone portable

Téléphone professionnel

E-mail

3.3.4 La personne qui conduisait votre véhicule à moteur avait-elle un permis de conduire valable?

Oui

Non

3.3.5 Un constat d'accident a-t-il été dressé?

Oui

Non

Si oui, par qui?

Police

Personnes qui conduisaient

Autres

4 Justificatifs et moyens de preuve

Contrats, correspondance concernant le cas

Date de la notification de la décision

Décisions des autorités

Recours éventuels contre la décision

Procès-verbal d'accident

Rapport de police

Certificat médical (en cas d'incapacité de travail)

Facture de médecin et d'hôpital

Photos

Factures des réparations, quittances et autres justificatifs du dommage subi

Copies des déclarations de sinistre adressées à d'autres assurances (p. ex. responsabilité civile ou casco complète)

Témoins

Nom, adresse

Autres/annexes

5 Informations supplémentaires

Avez-vous (ou la personne assurée a-t-elle) d'autres assurances de protection juridique?

Oui Non

Nom de la société d'assurance

N° de police

Nom de la société d'assurance

N° de police

6 Signature pour la procuration

Dans la mesure nécessaire au règlement du sinistre, Orion Assurance de Protection Juridique SA, la CSS Assurance-maladie SA et la CSS Assurance SA traitent les données que la personne soussignée leur communique ainsi que celles obtenues auprès de tiers avec son consentement. La personne soussignée autorise les assureurs précités à consulter les documents nécessaires à l'exécution du contrat en lien avec le cas juridique en question, à les échanger entre eux au besoin et à entreprendre tous les actes juridiques qui paraissent utiles et nécessaires. En outre, la personne soussignée délègue les avocats, les médecins ainsi que les médecins-conseils des assureurs précités du secret professionnel en rapport avec le cas déclaré.

La déclaration de protection des données de la CSS Assurance SA sur css.ch s'applique également.

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de sa/son représentant/e légal/e

Adresse de l'assureur:

CSS, Centre de compétence Assurances spéciales, case postale 2568, 6002 Lucerne