

Déclaration de sinistre

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. La Serviceline 0844 277 277 répond volontiers à vos questions. 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

N° de téléphone privé	N° de téléphone mobile	N° de téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A quelle heure est-il possible de vous joindre?		
<input type="text"/>	Où? <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Professionnel	
E-mail		
<input type="text"/>		
Personne de contact en cas de questions		
<input type="text"/>		

1.3 Indications concernant la couverture d'assurance

CSS Assurance SA:

- Assurance ambulatoire myFlex y c. assurance de protection juridique du patient (Orion PJP n° de police 1.248.851)
- Assurance ambulatoire myFlex y c. assurance de protection juridique à l'étranger (Orion PJE 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 pour voyages et vacances (Orion n° de police 1.262.224)

INTRAS Assurance SA:

- Protection juridique du patient (Orion n° de police 1.245.965)

1.4 Indications concernant le sinistre

S'il s'agit d'un sinistre concernant l'assurance de protection juridique du patient, veuillez remplir les points 2, 4 et 5.

S'il s'agit d'un sinistre concernant l'assurance de protection juridique à l'étranger, veuillez remplir les points 3, 4 et 5.

2 Protection juridique du patient

2.1 Indications concernant le fournisseur de prestations

Où avez-vous été traité(e)? Hôpital Cabinet Ailleur

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

Prénom _____ Nom _____ N° de téléphone _____

Rue, n° _____ NPA/Localité _____

Nom du spécialiste qui, d'après vous, a commis l'erreur de traitement/l'erreur médicale:

Prénom _____ Nom _____ N° de téléphone _____

Rue, n° _____ NPA/Localité _____

2.2 Indications concernant le dommage

Quand a été prodigué le traitement erroné/commise l'erreur médicale?

Date _____

Selon vous, où réside l'erreur de traitement/l'erreur médicale?

Description précise

Quelles douleurs ressentez-vous depuis ce traitement?

Description précise

Subissez-vous une incapacité de travail? Oui Non

3 Protection juridique à l'étranger

3.1 De quoi s'agit-il?

3.1.1 Quand l'événement a-t-il eu lieu?

Date _____

3.1.2 Où l'événement a-t-il eu lieu?

Lieu, pays _____

3.1.3 Que s'est-il passé? (Prière de procéder à une description exacte et détaillée de l'événement, éventuellement avec croquis et photos)

(Si besoin, utilisez une autre feuille.)

3.1.4 En quoi n'êtes-vous pas d'accord et que désirez-vous obtenir?

3.1.5 Envers qui désirez-vous la protection juridique?

3.2 Description du dommage subi

3.2.1 Quelqu'un a-t-il été blessé?

Oui Non

Prénom

Nom

Si oui: Qui?

Genre de blessures

Médecin-traitant/Hôpital

Assurance-accidents auprès de SUVA

Oui Non

Nom de la compagnie

N° de police

Autres assurance-accidents

Nom de la caisse maladie

N° de police

Caisse maladie

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

Oui Non

Si oui: Nature des dégâts?

Description précise

Montant approximatif des dégâts

CHF

Quand et où peut-on inspecter l'objet en dommage?

Description précise

Vos propres assurances tenues éventuellement à indemniser:

Nom de la compagnie

N° de police

Nom de la compagnie

N° de police

3.3 Accident de la circulation ou violation des règles en matière de circulation

3.3.1 Indications sur le véhicule utilisé:

Prénom du détenteur

Nom du détenteur

Rue, n°

NPA/Localité

N° des plaques de contrôle

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

3.3.2 Au cas où votre véhicule aurait subi des dommages:

Y a-t-il une assurance casco?

Casco complète

Casco partielle

Non

Si oui:

Nom, adresse de l'assurance casco

Le sinistre a-t-il déjà été annoncé?

Oui

N° 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, par:

Nom, adresse

3.3.3 Conducteur du véhicule: (à remplir seulement s'il n'est pas identique au preneur d'assurance ou au détenteur)

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA/Localité

N° de téléphone privé

N° de téléphone mobile

N° de téléphone professionnel

E-mail

3.3.4 Le conducteur de votre véhicule était-il titulaire d'un permis de conduire valable?

Oui

Non

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

Oui

Non

Si oui, par qui?

Police

Conducteurs impliqués

Autres

4 Pièces justificatives et moyens de preuve

Contrats, correspondance concernant le cas

Date de la notification de la décision

Décisions émanant des autorités

Le cas échéant voie de droit déjà saisie

Procès-verbal d'accident

Rapport de police

Certificats médicaux (en cas d'incapacité de travail)

Facture de médecin et de l'hôpital

Photos

Facture de la réparation, quittances et autres pièces justificatives relatives au dommage subi

Copie des déclarations de sinistre aux autres assurances (p. ex. responsabilité civile ou casco complète)

Témoins

Nom, adresse

Autres annexes

5 Signature pour la procuration

La personne soussignée autorise Orion Assurance de Protection Juridique SA, la CSS Assurance-maladie SA, la CSS Assurance SA, Arcosana AG, Auxilia Assurance-maladie SA et INTRAS Assurance-maladie SA à consulter, à des fins de traitement du contrat passé entre les assureurs désignés, les dossiers relatifs à ce cas juridique et à procéder à 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.

Localité

Date

--	--

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

--

Envoyer à:
CSS Assurance SA
Prestations assurances spéciales
Rösslimattstrasse 40
Case postale 2568
6002 Lucerne