

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. La Serviceline de la CSS 0844 277 277 répond volontiers à vos questions. Merci beaucoup.



N° de personne

1 Renseignements généraux

1.1 Personne assurée

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Contact

Téléphone privé	Portable	Téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

2 Questions

2.1 S'agit-il

d'une maladie d'un accident, veuillez également remplir intégralement la déclaration d'accident

2.2 Genre de maladie ou de blessure

Description précise, description 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

Date

du au

Traitement stationnaire

Date

du au

2.6 Frais du traitement

CHF Devise étrangère, laquelle

Traitement ambulatoire

	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"/>

Traitement stationnaire

	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, lieu

Pays

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

Prénom

Nom

Hôpital

Rue, n°

NPA, lieu

Pays

2.9 Avez-vous été traité(e) préalablement en Suisse pour cette affection? Oui Non

Si oui, quand et par qui?

Date

du au

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, lieu

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, lieu

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

2.11 Avez-vous conclu une assurance pour voyages et vacances séparée?

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, lieu

2.12 Durée et motif du séjour à l'étranger

Date

du au

2.13 Où se trouve votre domicile légal?

Rue, n°

NPA, lieu

2.14 Date de communication du départ du dernier domicile en Suisse

Date

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

Date

2.16 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 CSS Assurance est autorisée, en tout temps, à communiquer 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 vis-à-vis de la CSS Assurance.

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.

Entité juridique pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA, Arcosana SA ou Auxilia Assurance-maladie SA*, entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA

*Votre entité juridique pour l'assurance de base (LAMal) est indiquée sur votre police d'assurance.

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal