

Prestations IHP

Formulaire de remboursement

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Les réponses aux questions doivent être complétées 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 police

1 Renseignements généraux

Numéro client	Numéro de famille	Sexe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Prénom	Nom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue, n°	Adresse complémentaire	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NPA/Lieu	Case postale	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail (facultatif)	Domicile légal, NPA/Lieu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numéros de téléphone		
Privé <input type="text"/>	Portable <input type="text"/>	Professionnel <input type="text"/>

2 Traitements ambulatoires

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident (prière de remplir également la déclaration d'accident pages 3-5)	<input type="checkbox"/> Maternité
Traitement	Traitement prodigué par	Lieu/Pays
du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motif/Diagnostic	Devise	Montant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Traitement	Traitement prodigué par	Lieu/Pays
du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motif/Diagnostic	Devise	Montant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Traitement	Traitement prodigué par	Lieu/Pays
du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motif/Diagnostic	Devise	Montant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Important: joindre les factures originales.

Maladie Accident (prière de remplir aussi la déclaration d'accident pages 3–5) Maternité

Hospitalisation Hôpital/Clinique Lieu/Pays
 du au

Motif/Diagnostic Devisé Montant

Hospitalisation Hôpital/Clinique Lieu/Pays
 du au

Motif/Diagnostic Devisé Montant

Important: joindre les factures originales.

Le cas a-t-il été annoncé à la centrale d'appel d'urgence de la CSS?

Non Si oui, quand?

Remarques

Remarques

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

Par la signature du formulaire de remboursement, 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

CSS Assurance
 Prestations IHP
 Rösslimattstrasse 40, 6002 Lucerne
 Tél. +41 58 277 20 10, Fax +41 58 277 25 50
 Numéro d'appel d'urgence +41 58 277 77 77
 E-mail css.ausland@css.ch, www.css.ch/ihp

Prestations IHP

Déclaration d'accident

1 Renseignements généraux

1.1 Profession

1.2 Nom de l'employeur

Rue, numéro

NPA, lieu

2 Circonstances de l'accident

2.1 Accident

Date

Heure

Lieu

Pays

2.2 Description exacte des circonstances de l'accident

2.3 Un rapport de police a-t-il été établi?

Non

Oui, par quel poste de police?

2.4 Un tiers était-impliqué dans l'accident?

Non

Oui ► Pour les accidents de la circulation, voir les questions supplémentaires

2.5 Nom, adresse et n° de tél. du tiers

Prénom

Nom

Téléphone

Rue, n°

NPA, lieu

2.6 Nom et adresse de l'assurance-responsabilité civile du tiers

Nom de l'assurance-responsabilité civile

Rue, n°

NPA, lieu

2.7 1^{er} témoin

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

2.8 2^e témoin

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

2.9 En cas d'accident de sport

Nom de la société	
<input type="text"/>	
Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Autres assurances

3.1 Assurance-accidents privée Oui Non

Si oui, prière de joindre une copie de la police.

Nom de la compagnie d'assurance	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Questions complémentaires en cas d'accident de la circulation

4.1 Type de véhicule (p. ex. vélo/motocyclette/auto)

Véhicule utilisé par vous-même	Véhicule du tiers
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.2 Détenteur (propriétaire) du véhicule utilisé par vous-même

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

4.3 Détenteur (propriétaire) du véhicule du tiers

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

4.4 Conducteur du véhicule utilisé par vous-même

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

4.5 Conducteur du véhicule du tiers

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

4.6 Assurance-responsabilité civile du conducteur du véhicule utilisé par vous-même

Nom de la compagnie d'assurance	N° de police (prière de joindre la copie de la police)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.7 Assurance-responsabilité civile du conducteur du véhicule du tiers

Nom de la compagnie d'assurance	N° de police (prière de joindre la copie de la police)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.8 Assurance-occupants du conducteur du véhicule utilisé par vous-même

Nom de la compagnie d'assurance	N° de police (prière de joindre la copie de la police)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.9 Assurance-occupants du conducteur du véhicule du tiers

Nom de la compagnie d'assurance	N° de police (prière de joindre la copie de la police)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Remarques

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

La personne soussignée cède à la CSS Assurance son droit à réparation d'un dommage fondé sur la responsabilité civile résultant de l'accident précité jusqu'à concurrence des prestations allouées par elle et prend acte que la CSS Assurance peut faire valoir ses droits envers des tiers.

Par la signature du formulaire de remboursement, 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

CSS Assurance
Prestations IHP
Rösslimattstrasse 40, 6002 Lucerne
Tél. +41 58 277 20 10, Fax +41 58 277 25 50
Numéro d'appel d'urgence +41 58 277 77 77
E-mail css.ausland@css.ch, www.css.ch/ihp