



CSS

Assurance

# 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 0844 277 277 répond volontiers à vos questions. Merci beaucoup.

Numéro client

### 1 Renseignements généraux

#### 1.1 Personne assurée

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, N°

NPA/Localité

#### 1.2 Contact

Téléphone privé

Mobile

Téléphone professionnel

A quelle heure est-il possible de vous joindre?

E-mail

Où? Privé  Mobile  Professionnel

### 2 Questions

#### 2.1 S'agit-il de

Maladie

Accident, veuillez également remplir intégralement la déclaration d'accident

Maternité

#### 2.2 Genre 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

Lieu

Pays

#### 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/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

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:

**A quelle date avez-vous été détaché(e) à l'étranger par votre employeur suisse?**

Nom et adresse de l'employeur

### 2.16 Coordonnées du destinataires des prestations

Personne assurée

Autre destinataire des prestations

Prénom

Nom

Numéro client

Rue, N°/Case postale

Adresse complémentaire

NPA/Localité

Inscription au crédit du compte

IBAN

Nom de votre institut 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 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, INTRAS Assurance-maladie SA, Arcosana SA ou Sanagate SA\*,  
entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA ou INTRAS Assurance SA\*

\*Votre entité juridique pour l'assurance de base (LAMal) et les assurances complémentaires (LCA) est indiquée sur votre police d'assurance.

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

### Adresse de l'assureur:

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