

Déclaration de sinistre

Assurance pour voyages et vacances pour frais de guérison et assistance de personnes

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.

Police n°

1 Sinistre

Frais de guérison

Assistance de personnes

2 Renseignements généraux

2.1 Personne assurée

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, N°

NPA/Localité

2.2 Contact

Téléphone privé

Mobile

Téléphone professionnel

A quelle heure est-il possible de vous joindre?

E-mail

Où?

Privé

Mobile

Professionnel

Personne de contact en cas de questions

2.3 Employeur

Nom de l'employeur

Rue, N°

NPA/Localité

3 Déroulement du sinistre

3.1 Sinistre

Date

Heure

Lieu

Pays

3.2 Personne lésée

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

3.3 Description précise de l'événement (utilisez, si nécessaire, une feuille supplémentaire)

3.4 A-t-on fait intervenir ou informé la centrale d'appel d'urgence de la CSS Assurance? Oui Non

3.5 A-t-on fait intervenir ou informé un autre organisme de sauvetage? Oui Non

Si oui, quel organisme de sauvetage?

Nom de l'organisme de sauvetage

4 Frais de guérison/Assistance de personnes

4.1 S'agit-il

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

4.2 Quels traitements ont été dispensés à l'étranger par le médecin ou l'hôpital?

4.3 Durée du traitement

Traitement ambulatoire

Traitement stationnaire

Date		Date	
du	<input type="text"/>	du	<input type="text"/>
	au		au
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

4.4 Frais du traitement

CHF Devise étrangère, laquelle

Traitement ambulatoire

Traitement stationnaire

	CHF	Devise étrangère		CHF	Devise étrangère
Frais médicaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Frais d'hôpital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médicaments	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Médicaments	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.5 Premier médecin traitant/hôpital à l'étranger ou en Suisse

Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hôpital	Rue, N°
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	Pays
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hôpital	Rue, N°
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	Pays
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Si oui, quand et par qui?

Date

du au

Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.8 Par quelle assurance êtes-vous couvert(e) obligatoirement contre la maladie et/ou l'accident?

Client CSS Oui No Si non, merci de remplir les points suivants

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

4.9 Etes-vous encore assuré(e) ailleurs (maladie/accident/frais de transport/livret ETI, etc.) Oui No

Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance?

Nom de la compagnie d'assurance	N° de police (veuillez joindre une copie de la police)	Couverture d'assurance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Avez-vous déjà déclaré l'événement à cette assurance? Oui No

4.10 Durée et motif du séjour à l'étranger

Date

du au

4.11 Remarques

5 Paiement à

5.1 Nom et adresse du destinataire

Prénom

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

5.2 Compte du destinataire

Compte postal

N° de compte postal

Compte bancaire

IBAN

Nom de la banque

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, entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal