Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA et Helsana Accidents SA.

Helsana

Questionnaire en cas de maladies ou d'accidents pendant un séjour à l'étranger

Nous vous saurions gré de répondre à toutes les questions et de nous renvoyer le formulaire dûment rempli et signé, accompagné des annexes éventuelles, dans un **délai de 30 jours** : Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich

Personne assurée

nom, prénom	
date de naissance	e-mail
n° d'assurance	
téléphone (meilleure disponibilité)	

Prière de répondre à toutes les questions (les questions de 5 à 15 doivent être remplies qu'en cas d'accident).

1. Où êtes-vous tombé/e malade, resp. où avez-vous été accidenté/e (pays) ?	
2. Séjour a. Motif du séjour à l'étranger ?	○ vacances ○ études/école ○ voyage d'affaires ○ travailleur détaché ○ traitement médical ○ deuxième domicile autres motifs :
b. Depuis quand êtes-vous à l'étranger ?	date du séjour du : au :
c. Avez-vous annoncé votre départ à votre commune de domicile en Suisse ?	○ non ○ oui
3. S'agit-il d'une maladie subite ?	○ non ○ oui quel genre de maladie :
4. S'agit-il d'un accident ?	○ non ○ oui

Détails de l'accident

5. Date de l'accident	
6. Heure de l'accident	
7. Déroulement de l'accident	
8. Moment de l'accident a. Étiez-vous salarié/e au moment de l'accident ?	○ salarié/e ○ apprenti/e ○ indépendant/e
b. Si non, pour quelle raison ?	○ sans activité professionnelle ○ écolier(ère)/étudiant(e) ○ bénéficiaire d'une rente AI/AVS ○ stagiaire
9. Touchez/Touchiez-vous des allocations chômage ?	○ non ○ oui période allant du : au :
10. Nombre d'heures de travail par semaine	
11. Dernier employeur avant l'accident	du : au :
12. D'autres personnes ont-elles été impliquées dans l'accident ?	○ non ○ oui nom et adresse
13. Un rapport de police a-t-il été établi ou un formulaire sinistre européen a-t-il été rempli ?	○ non ○ oui auprès de quel service ou poste de police ?

HEL-01743-fr-1025-0006-27228

Personne assurée

nom, prénom	n° d'assurance

Blessure

14. Partie du corps touchée	**15. Type de blessure**	○ gauche ○ droite

Autres données

16. Détails a. Période de traitement	du :		au :
b. Étiez-vous enceinte à ce moment-là ?	○ non	○ oui	semaine de grossesse
17. Paiement Dans quelle devise étrangère les factures ont-elles été payées ?			
18. Avez-vous contacté notre centrale d'appels d'urgence ?	○ non	○ oui	
19. Étiez-vous en traitement médical avant le séjour à l'étranger ?	○ non	○ oui, pour quelles raisons ? auprès de quel mèdecin ? durant combien de temps ?	

Assurance

20. Détails de l'assurance

a. Avez-vous conclu une assurance voyages séparément ?	○ non ○ oui, auprès de quelle compagnie ? ○ y c. couverture des frais de guérison		
b. Existe-t-il une autre assurance ?	○ non	○ oui	
Type d'assurance	○ assurance par convention ○ assurance-accidents privée	○ assurance-accidents selon la LAA	
Nom de l'assurance			
c. Couverture des frais de recherche, de sauvetage ou de rapatriement	○ livret ETI ○ autres, lesquels ?	○ carte de crédit	○ Rega

Autorisation

Par la présente, je confirme avoir répondu entièrement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées. En soumettant ce formulaire, je délie les hôpitaux, les médecins, le personnel médical, les autorités, la centrale d'appels d'urgence externe, les représentations suisses à l'étranger, les bureaux officiels et les autres compagnies d'assurance incluant les assureurs sociaux, à des fins de contrôle des prestations et/ou de fraude, de leur obligation légale, professionnelle et/ou contractuelle de garder le secret vis-à-vis d'Helsana Assurances SA, d'Helsana Assurances complémentaires SA et d'Helsana Accidents SA. J'autorise en outre les assureurs précités à communiquer à des tiers les informations nécessaires en relation avec le traitement ou des investigations en cours et à remettre les documents déterminants pour la demande de recours aux assurances responsabilité civile concernées ou aux tiers responsables. À cette fin, je dégage les assureurs précités de leur obligation légale et contractuelle de confidentialité. En cas de fraude intentionnelle avérée, nous nous réservons le droit de facturer à la personne responsable les frais engagés dans le cadre de l'enquête.

lieu et date	signature de la personne assurée ou du représentant légal

HEL-01743-fr-1025-0006-27228