

## Questionnaire en cas de maladies ou d'accidents lors de séjours 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

N° d'assuré

Téléphone (meilleure disponibilité)

E-mail

N° de cas (ID)

Prière de répondre à toutes les questions (les questions de 5 à 16 doivent être remplies qu'en cas d'accident).

1 Où êtes-vous tombé/e malade, resp. où avez-vous été accidenté/e (localité et pays) ?

2 a) Motif du séjour à l'étranger

Vacances

Voyage d'affaires

Traitement médical

Autres :

Études/école

Travailleur détaché

Deuxième domicile

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 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

Bénéficiaire d'une rente AI/AVS

Écolier / étudiant/e

Stagiaire

9 Touchez/Touchiez-vous des allocations chômage ?

Non

Oui, période allant du

au

10 L'accident s'est produit

sur le chemin du travail

au travail

en dehors du travail / pendant les loisirs

11 Nombre d'heures de travail par semaine

12 Dernier employeur avant l'accident

Nom, adresse, NPA, localité

du

au

13 Y avait-il une personne tierce impliquée dans l'accident

Non

Oui

Nom, prénom, adresse, NPA, localité

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

Non

Oui

Par quel poste de police / nom du policier ?

Nom, prénom  
Date de naissance  
N° d'assuré

E-mail  
N° de cas (ID)

### Blessure

15 Partie du corps touchée

16 Type de blessure

gauche  droite

### Autres données

17 a) Période de traitement du au

b) Étiez-vous enceinte à ce moment-là ?  
 Non  
 Oui, ème semaine de grossesse

18 a) Dans quelle devise étrangère les factures ont-elles été payées ?\*

b) À quel cours de change avez-vous effectué l'opération ? (Joindre si possible la copie de la quittance de l'opération de change)

c) Coûts du traitement en francs suisses ? CHF

19 Avez-vous contacté notre centrale d'appels d'urgence ?  
 Non  
 Oui

20 Étiez-vous en traitement médical avant le séjour à l'étranger ?  
 Non  
 Oui, pour quelles raisons ?

Auprès de quel médecin ?

Durant combien de temps ?

\* Prière de joindre les factures. Nous vous prions d'annexer aux factures illisibles ou rédigées dans une langue étrangère une courte description du contenu et des montants de la facture dans la devise étrangère respective. À cet effet, veuillez utiliser le formulaire « Facturation en cas de maladie ou d'accident pendant un séjour à l'étranger ». Vous nous aiderez ainsi à éviter des frais de traduction et du retard dans le règlement du sinistre.

### Assurance

21 a) Avez-vous conclu une assurance vacances et voyages ?  
 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  Carte de crédit  REGA  
 Autres, lesquels ?

### Autorisation/signature

Par la présente, je confirme avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées. Par ma signature, je délègue 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 de leur obligation légale ou contractuelle de garder le secret vis-à-vis de l'assureur cité dans l'en-tête de cette lettre, ainsi que vis-à-vis d'Helsana Assurances complémentaires SA et je les autorise à fournir tous les renseignements nécessaires en relation avec le traitement. J'autorise en outre l'assureur cité dans l'en-tête de cette lettre ainsi que Helsana Assurances complémentaires SA à remettre aux assurances responsabilité civile concernées ou aux tiers responsables les documents déterminants pour les prétentions récursoires.

Lieu et date

Signature de la personne assurée / du représentant légal

X

