

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 **déla**i de 30 jours : Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich

Personne assurée

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

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 ?

Personne assurée

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 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. Vous nous aiderez ainsi à éviter des frais de traduction et du retard dans le règlement du sinistre.

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 selon la LAA

assurance-accidents privée

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 d'Helsana Assurances SA, d'Helsana Assurances complémentaires SA et d'Helsana Accidents SA. J'autorise en outre les assureurs précités à fournir tous les renseignements nécessaires en relation avec le traitement et 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
ou du représentant légal