

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

Personne assurée	Nom, prénom
N° d'assuré/e	Téléphone
	Courriel

Prière de répondre à toutes les questions (les questions de 5 à 11 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 Traitement médical Travailleur détaché
 Voyage d'affaires Études/école Deuxième domicile
 Autres:
- 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 a) S'agit-il d'un accident? Non Oui
- b) Quand l'accident s'est-il produit? Date _____ Heure _____
- 5 Description exacte du déroulement de l'accident
(météo, personnes, véhicules, machines ou animaux impliqués)
- 6 Genre de blessure?
(désignation exacte, partie du corps, dent, etc.)
- 7 a) Auprès de quel employeur étiez-vous employé/e au moment de l'accident?
b) Nombre d'heures de travail hebdomadaire?
- 8 a) Si vous n'étiez pas employé/e auprès d'un employeur, quelle en était la raison? Indépendant Sans emploi Bénéficiaire d'une rente AI/AVS
 Stagiaire Étudiant/écolier
- b) Dernier employeur avant l'accident? Nom et adresse _____
Employé/e auprès de cet employeur du _____ au _____
- 9 Percevez-vous ou avez-vous perçu des allocations de chômage? Non
 Oui, du _____ au _____
- 10 a) L'accident a-t-il été causé par une tierce personne? Non
 Si oui, nom et adresse de l'assureur (assurance responsabilité civile): _____
- b) En quoi consiste la responsabilité du tiers?
- 11 Un rapport de police a-t-il été établi? Non
 Oui, par quel bureau officiel (nom et adresse)? _____

Personne assurée	Nom, prénom
	N° d'assuré/e

12 a) Période de traitement	du	au
b) Étiez-vous enceinte à ce moment-là?	<input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui,	ème semaine de grossesse
13 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	
14 Avez-vous contacté notre centrale d'appel d'urgence?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
15 Étiez-vous en traitement médical avant le séjour à l'étranger?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, pour quelles raisons?
		Auprès de quel médecin?
		Durant combien de temps?
16 a) Avez-vous conclu une assurance vacances et voyages?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, auprès de quelle compagnie?
		<input type="checkbox"/> y c. couverture des frais de guérison
b) Avez-vous conclu une autre assurance maladie, accidents ou par convention en Suisse ou à l'étranger? (Assurance maladie/accident privée)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, auprès de quelle compagnie?
c) Couverture des frais de recherche, de sauvetage ou de rapatriement	<input type="checkbox"/> Livret ETI	<input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/> REGA
	<input type="checkbox"/> Autres, lesquels:	

* Prière de joindre les factures. Nous vous prions d'annexer aux factures illisibles ou rédigées dans une langue étrangère (à l'exception de l'allemand, italien, anglais, espagnol, portugais, turc, serbe ou albanais) 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 aidez ainsi à éviter des frais de traduction et du retard dans le règlement du sinistre.

Par la présente, l'assuré/e soussigné/e ou son représentant légal déclare avoir répondu aux questions susmentionnées de façon conforme à la vérité. Il/elle nous autorise à prendre des renseignements auprès d'autres assureurs, de médecins, de la police et d'instances judiciaires. Il/elle autorise en outre ces derniers à fournir des renseignements.

Lieu et date	Signature de l'assuré/e ou de son représentant légal
--------------	--

