Une assurance au top.

Questionnaire accident ou maladie pendant un séjour à l'étranger

Personne assurée: _____
Date de naissance: _____
Lieu de domicile: _____
Numéro de client: _____

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

Localité:

Pays:

Veuillez nous indiquer la raison de votre séjour à l'étranger:

☐ Vacances
☐ Voyage d'affaires
☐ Etudes / école
☐ Travailleur détaché
☐ Deuxième domicile
☐ Traitement médical
☐ Autres: _____

Quelle est/était la durée de votre séjour à l'étranger (date d'aller et date de retour (prévue))?

Du:

Au:

Avez-vous annoncé votre départ à votre commune dans votre pays de résidence?

☐ Oui
☐ Non

Veuillez nous indiquer la raison de votre traitement médical:

☐ urgence
☐ traitement prévu/programmé
☐ accident

Quel diagnostic avez-vous reçu?

Pendant quelle période le traitement a-t-il eu lieu?

Ambulatoire:
du au

Stationnaire (nuit à l'hôpital):
du au

Dans les pays de l'UE et de l'AELE: Avez-vous pu présenter votre carte européenne d'assurance maladie (CEAM)? A-t-elle été acceptée?

☐ Oui
☐ Non

Si non, justification:

Disposez-vous d'un rapport médical?

☐ Oui. Nous vous prions de l'envoyer avec le formulaire et les documents.
☐ Non. NB: Sympany peut vous le demander si nécessaire.

Quels traitements ont été effectués?

Veuillez nous fournir les détails suivants concernant le traitement: prestataire de soins, type de traitement, durée (par ex. consultation de 10 minutes), montant de la facture.

Dans quelle devise étrangère la/les facture(s) a-t-elle(ont) été payée(s)?

Devise étrangère:

Total en devise étrangère:

Veuillez joindre la/les facture(s), y compris la/les confirmation(s) de paiement. En cas de factures illisibles ou en langue étrangère, veuillez joindre un relevé du contenu et des montants des factures.

Etiez-vous déjà en traitement pour le même diagnostic ou les mêmes troubles avant votre séjour à l'étranger?

☐ Oui. Veuillez préciser le diagnostic et les dates de traitement.

☐ Non

En cas d'accident: Veuillez nous en préciser les détails:

Date de l'accident:

Heure de l'accident:

Déroulement de l'accident:

Etiez-vous salarié/e au moment de l'accident?

☐ Oui, comme
- ☐ employé/e
- ☐ apprenti/e

☐ Non, j'étais
- ☐ indépendant/e
- ☐ sans activité professionelle
- ☐ ecolier(ière)/étudiant/e
- ☐ bénéficiaire d'une rente AI/AVS
- ☐ stagiaire

Avait-il une personne tierce impliquée dans l'accident?

☐ Oui

Si oui, veuillez indiquer le nom, le prénom, l'adresse, le code postal et le lieu de résidence de la personne impliquée:

☐ Non

Avez-vous contacté notre centrale d'appel d'urgence (Medicall AG)?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous conclu une assurance vacances et voyages?

(Veuillez également indiquer si de telles prestations sont couvertes par votre affiliation au TCS ou par votre fournisseur de carte de crédit).

☐ Oui, auprès de la compagnie suivante: _____

☐ Non

Si oui, les frais de guérison sont-ils compris dans la couverture?

☐ Oui

☐ Non

Bénéficiez-vous d'une assurance complémentaire pour les frais de recherche, de sauvetage ou de rapatriement?

☐ Livret ETI
☐ Carte de crédit
☐ REGA
☐ Autres _____

Je confirme avoir répondu aux questions de manière complète et conforme à la vérité.

Par ma signature, j'autorise Sympany à se procurer les renseignements nécessaires à la clarification de l'obligation de prestation auprès de tous les assureurs, fournisseurs de prestations, services de police et tribunaux impliqués.

Lieu et date

Signature