

Assuré(e)

N° Police

Déclaration de sinistre à l'étranger

A. Questions générales

1. Raison du séjour à l'étranger (Vacances, professionnel, résidence secondaire, frontalier, etc.) :

Date d'arrivée :

Date de retour prévue

2. S'agit-il des suites d'un évènement accidentel ? (Si oui, merci de répondre également à la partie B)

Oui Non

3. Date de l'évènement :

Lieu et pays :

4. Quels soins ont été dispensés ?

5. Diagnostic :

6. Nature et localisation des douleurs ou des blessures :

(Prière de joindre le dossier médical complet : rapport du médecin et/ou de l'hôpital, résultats de laboratoire, radiographies, etc.)

7. Type de traitement :

Ambulatoire

Stationnaire

Si ambulatoire, heure de début et fin de la consultation :

Si stationnaire, horaires d'entrée/sortie :

8. Nom du médecin ou de l'hôpital :

Adresse

NPA : Lieu :

N° de téléphone :

N° de fax :

9. Les troubles existaient-ils avant le départ ?

Oui Non

Si oui, quel est le dernier médecin suisse consulté avant le départ et à quelle date ? (Nom et adresse complète)

En cas de grossesse, prière d'indiquer la date présumée de l'accouchement :

Date de la 13^e semaine de grossesse :

10. Était-il envisageable de rentrer en Suisse pour poursuivre le traitement ?

Oui Non

Si non, prière de joindre un certificat médical attestant l'incapacité de voyager

11. Quel médecin ou hôpital a été consulté après le retour en Suisse ? (nom et adresse)

12. Montant total des factures :

Devise étrangère :

13. La ou les facture(s) en question ont-elles déjà été acquittées ?

Oui Non

Si oui, par quel moyen (chèque, carte de crédit, comptant, etc.) ?

(Joindre impérativement la preuve de paiement : relevé de carte de crédit, quittances etc.)

Assuré(e)

N° Police

14. Aviez-vous conclu une assurance voyage? Oui Non

Si oui, auprès de quelle assurance? (Nom et adresse)

N° de police:

Des prestations ont-elles déjà été versées pour le présent sinistre? Oui Non

15. Numéros de téléphone et adresse e-mail en cas de questions:

B. Compléments d'informations en cas d'accident

1. Statut au moment de l'accident:

- Salarié(e) Service militaire Sans activité salariée Chômage Indépendant(e)
 Ecolier(ère) Etudiant(e) Apprenti(e) Retraité(e) Femme/Homme au foyer

Profession:

Nom et adresse de l'employeur:

Nom et adresse de l'assurance-accident:

Numéro de sinistre:

Nombre d'heures hebdomadaires de travail:

Des indemnités en cas de chômage étaient-elles versées au moment de l'accident? Oui Non

Si oui, quand? du au

2. Description précise des circonstances de l'accident:

3. L'accident s'est-il produit dans le cadre de l'activité scolaire? Oui Non

L'accident s'est-il produit en allant ou en rentrant du travail? Oui Non

L'accident s'est-il produit dans le cadre d'une compétition? Oui Non

4. Un rapport de police a-t-il été établi? Oui Non

Si oui, par qui? (nom et adresse)

5. Une tierce personne est-elle impliquée dans l'accident? Oui Non

Si oui, nom, adresse et no de téléphone du tiers:

Nom et adresse de son assurance responsabilité civile:

Témoins (noms et adresses):

Assuré(e)

N° Police

6. S'agit-il d'un accident de la circulation ?

Oui Non

Si oui:

Nom et adresse du conducteur du véhicule responsable de l'accident:

Numéro des plaques d'immatriculation du véhicule fautif:

Numéro des plaques d'immatriculation du véhicule de la victime:

7. L'accident a-t-il provoqué une incapacité de travail ?

Oui Non

A 100 % dès le ou à % dès le

Reprise du travail à 100 % le

L'assurée soussignée ou son représentant légal déclare avoir répondu avec précision et exactitude au présent questionnaire. Elle/il autorise Assura-Basis SA et Assura SA à obtenir auprès des autres assurances, médecins, institutions policières et judiciaires, tous les renseignements nécessaires à sa détermination.

Lieu et date

Signature

Remarque générale :

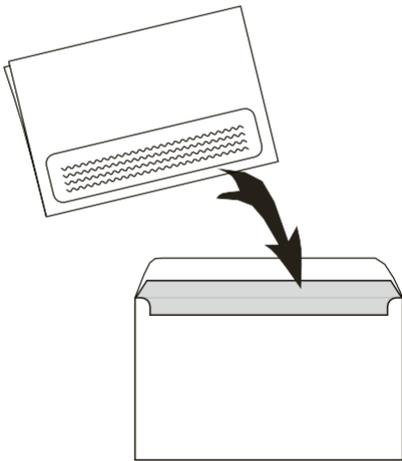
Les chiffres 4.2 et 4.3 de l'article 4 de nos conditions générales de l'assurance obligatoire des soins précisent entre autres que : « l'assureur n'est en mesure d'allouer ses prestations, au sens de l'article 36 OAMal, que sur la base des factures originales détaillées mentionnant les dates des traitements, le diagnostic, les prestations médicales fournies, le montant correspondant à chaque prestation, ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins étrangers. »

.....
.....
.....

Assura
Case postale 4
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Page de garde pour l'envoi de documents

1. Glisser cette page de garde ainsi que le(s) document(s) demandé(s) dans l'enveloppe affranchie fournie.



2. Vérifier que les adresses apparaissent dans les fenêtres de l'enveloppe.

