

FORMULAIRE ÉTRANGER

QUESTIONNAIRE CONCERNANT LES FRAIS DE GUÉRISON DURANT UN SÉJOUR À L'ÉTRANGER.

Prière de répondre à chaque question.

PERSONNE ASSURÉE

(remplir en lettres majuscules et minuscules)

Nom

Prénom

N° d'assuré(e) SWICA

Date de naissance

(jour/mois/année)

E-mail

Téléphone

(joignable dans la journée)

Employeur (nom/lieu)

Nationalité

QUESTIONS CONCERNANT LES FRAIS DE GUÉRISON

1. À quel endroit/dans quel pays (étranger) êtes-vous tombé(e) malade/a eu lieu l'accident?
2. Durée du séjour à l'étranger? Date de départ en voyage et date de retour (prévue)?

Remarques complémentaires sur la période de voyage

- | | | | | | |
|---|---|------------------------------|--------------|--------|----------|
| 3. Raison du séjour à l'étranger | Expatrié(e)*
Autres
* ou membre de la famille | Frontalier/Frontalière* | Retraité(e)* | Études | Vacances |
| 4. Raison du traitement
S'agit-il d'une maladie ou
d'un accident? | Cas d'urgence
Maladie | Traitement prévu
Accident | | | |
| 5. Diagnostic | | | | | |

6. Type et durée du traitement

Ambulatoire	Début du traitement	Fin du traitement
Stationnaire (avec nuit à l'hôpital)	Début du traitement	Fin du traitement

Rapport médical disponible? Oui Non
Si disponible, merci de le transmettre à SWICA avec le formulaire.

Nom et adresse de la/du médecin traitant(e)

Nom et adresse de l'hôpital

7. Liste des factures payées

Nous vous recommandons de numéroter les quittances/pièces jointes et d'utiliser cette numérotation lors de la déclaration.
(Informations concernant la ou le médecin, l'hôpital, la pharmacie ou autre; merci d'indiquer le montant dans la monnaie étrangère et en CHF.)

Comment avez-vous payé les factures? Merci de nous faire parvenir la confirmation de paiement.

Paiement en espèces	Paiement par carte de crédit	Paiement bancaire
Autre (comment?):		

8. Aviez-vous pris contact avec la centrale d'appel d'urgence de SWICA (Medicall SA)? Oui Non

9. Autre protection d'assurance

a) Avez-vous conclu une assurance voyages et vacances séparée auprès d'une autre compagnie d'assurance? Oui Non
(TCS Frais de guérison, ELVIA Private Medical, Zurich Relax Assistance, MobiTour, Intertours Winterthur, Bâloise Medi Service SOS, Européenne assurance voyages, etc.)

Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance? (Prière d'indiquer le nom, l'adresse et le n° de police)

Avez-vous déclaré l'événement à cette compagnie d'assurance? Oui Non

b) Êtes-vous encore assuré(e) contre les ACCIDENTS et/ou la MALADIE auprès d'une autre compagnie d'assurance? Oui Non

Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance? (Prière d'indiquer le nom, l'adresse et le n° de police)

Avez-vous déjà déclaré l'événement à cette compagnie d'assurance? Oui Non

10. Étiez-vous en traitement avant le voyage à l'étranger?	Oui	Non
Si oui, pour quelle raison? (diagnostic(s))		
Durée du traitement (de... à...)		
Nom de la/du médecin/de l'hôpital		
Si le traitement n'est pas encore terminé: Avez-vous informé votre médecin du voyage prévu à l'étranger?	Oui	Non
Si oui, quand?		
Remarques complémentaires sur les traitements suivis avant le séjour à l'étranger		

11. Nous vous prions de joindre une traduction officielle pour les factures illisibles ou en langue étrangère (autres caractères d'écriture).

PROCURATION

La personne assurée confirme avoir répondu aux questions susmentionnées de manière complète et véridique. Elle autorise SWICA à se procurer les renseignements nécessaires à l'évaluation de l'obligation de verser des prestations et au contrôle des factures auprès de tous les services officiels, publics et privés, ainsi qu'auprès de tous les membres du corps médical et des thérapeutes, des autres compagnies d'assurances et des employeurs. Elle délègue le personnel médical du secret médical et les autres instances d'un éventuel secret professionnel. De la même manière, SWICA est autorisée à fournir aux personnes et services mentionnés ci-dessus les documents ou informations nécessaires à l'évaluation de l'obligation de verser des prestations. La procuration concerne l'événement survenu à l'étranger mentionné dans le questionnaire et peut être révoquée par écrit. La personne assurée cède à SWICA l'ensemble des prétentions contre des tiers responsables ou des tiers tenus à prestations dans le cadre des prestations de SWICA.

En cas de faux justificatifs, je m'engage à rembourser à SWICA les frais de clarification et de traitement occasionnés.

Lieu/date	Description
Direction régionale de Bâle Centre de compétences pour l'étranger Aeschenvorstadt 56 4051 Bâle Auslandcenter@swica.ch	

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

