

Questionnaire concernant les frais de guérison durant un séjour à l'étranger

Prière de répondre à chaque question

Personne assurée

(prière d'écrire votre nom en indiquant les éventuels accents)

Name

Prénom

Date de naissance jour mois année

No d'assurance

E-mail

Téléphone

Employeur nom / lieu

Nationalité / autorisation de séjour

1. Dans quel lieu (étranger) êtes-vous tombé malade / avez-vous été accidenté ou vous êtes-vous fait soigner?

2. Quel est/a été la durée de votre séjour à l'étranger? Date de départ en voyage et date de retour prévue

3. Raison du séjour à l'étranger

Expatrié* Frontalier* Retraité* Etudes
 * ou membre de la famille autres Vacances

4. Raison du traitement

Cas d'urgence Examen de contrôle Traitement prévu Check-up
 S'agit-il d'une maladie ou d'un accident? Maladie Accident

5. Genre de maladie ou d'accident

Parties du corps touchées droite gauche

droite gauche

6. Période de traitement du/au

ambulatoire

stationnaire*

Nom et adresse
du médecin traitant ou
de l'hôpital à l'étranger

* avec nuit à l'hôpital

Nom et adresse du médecin
traitant ou l'hôpital assurant le suivi
du traitement en Suisse

7. Liste des factures payées

Montant en devise

Montant en CHF

Montant en devise	Montant en CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Avez-vous pris contact avec la centrale d'appel d'urgence de SWICA (Medicall SA)? oui non

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

Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance? (Prière d'indiquer le nom, l'adresse et le no de police et de joindre une copie de la police)

Avez-vous déclaré l'événement à cette compagnie d'assurance? oui non

Des prestations en espèces ont-elles été allouées ou promises? oui non

Si oui, veuillez indiquer le montant de celles-ci CHF

10. Etes-vous encore assuré 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 no de police et de joindre une copie de la police)

Le cas a-t-il été annoncé? oui non

11. Etiez-vous en traitement avant le voyage à l'étranger? oui non

Si oui, pour quelle raison?
(diagnostic/s / maladies)

Période de traitement (du/au)

Nom 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?

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

Si vous le désirez, SWICA peut faire traduire les documents concernés par un partenaire externe. Les coûts par cas s'élèveront – en fonction du pays – au minimum à CHF 75.– sans la TVA. Ces coûts vous seront facturés ou déduits d'un éventuel remboursement.

Souhaitez-vous profiter de ce service? Si oui, vous serez informé des coûts définitifs avant l'exécution du mandat de traduction.

oui non

Procuration

La personne soussignée atteste par la présente avoir répondu complètement et véridiquement à toutes les questions ci-dessus et autorise SWICA à se procurer les renseignements nécessaires à l'évaluation de l'obligation de prestation auprès de tous les médecins et thérapeutes, de même qu'auprès des services officiels, des autres compagnies d'assurance ainsi qu'auprès de l'employeur et délègue expressément ces derniers de leur secret professionnel vis-à-vis de SWICA.

Authorization

The undersigned herewith confirms that he / she has answered the above questions truthfully and in full. He / she authorizes SWICA to obtain locally the information needed for assessing payment obligations and examining invoices issued abroad from all medical personnel and medical therapists, all official departments, all other insurance companies and from the employer and expressly releases these persons and institutions from the obligation of professional secrecy with regard to SWICA. The full authorization relates to the facts mentioned in the questionnaire and may be revoked at any time by the undersigned.

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

In the case of falsified receipts, I undertake to reimburse the costs of the SWICA Medicall system which are incurred for clarification and handling.

Lieu / date
Place / Date

Signature de l'assuré ou de son représentant légal
Signature of the insured person or his / her legal representative

Veuillez envoyer ce formulaire avec votre signature originale par courrier postal ou par courrier électronique.

Direction régionale de Bâle
Centre de compétences pour l'Étranger
Aeschenplatz 2
Case postale
4010 Bâle
Auslandcenter@swica.ch