



Questionnaire traitement à l'étranger

Prénom: Nom:
Rue/N°: NPA/Lieu:
Téléphone: E-Mail:
Date de naissance: N° d'assuré/e:

1. Dans quel pays êtes-vous tombé/e malade/avez-vous été accidenté/e ?

.....

2. Motifs du séjour à l'étranger

- Vacances
- Voyage d'affaires
- Domicile à l'étranger
- Autres motifs:

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

3. Durée du séjour à l'étranger ? du au

4. Genre de maladie ou d'accident ?

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

5. S'agit-il

- d'une maladie subite ?
- d'un accident ?
- d'un traitement planifié ?

6. Période de traitement

ambulatoire du au

séjour à l'hôpital du au

7. Comment est-ce que et en quelle monnaie étrangère sont les frais du traitement* ?

*En cas de factures en langue étrangère, nous vous prions de joindre une brève présentation du contenu et des montants de la facture (voir annexe). Vous nous aidez ainsi à éviter des retards lors du décompte.

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



Questionnaire traitement à l'étranger

- 8. Avez-vous eu contact avec notre centrale d'appels d'urgence ? oui non

- 9. Pour séjour dans un pays de l'UE/AELE
Avez-vous présenté la carte d'assurance d'assuré européenne ? oui non

- 10. Avez-vous conclu une assurance de vacances/de voyage séparé ? oui non
Si oui, auprès de quelle compagnie ?

- 11. Existe-t-il une autre assurance-maladie ou accidents ? oui non
Si oui, auprès de quelle compagnie ? (adresse exacte).....
.....
.....

- 12. Existe-t-il une couverture pour les frais de guérison ? oui non
Si oui, veuillez mettre le numéro de police.....

- 13. Existe-t-il une couverture pour les frais de recherche, de dégagement ou
de rapatriement (p. ex. livret ETI TCS, cartes de crédit, donateur REGA)? oui non

- 14. Votre numéro de téléphone en cas de questions complémentaires
Privé.....
Professionnel.....

En apposant sa signature, l'assuré/e soussigné/e ou son/sa représentant/e légal/e déclare avoir répondu en toute bonne foi aux questions ci-dessus. Il/elle autorise la groupe Visana (Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Visana Assurances SA) à demander à d'autres assureurs, médecins, autorités judiciaires et tribunaux les renseignements nécessaires à la détermination de l'obligation d'allouer des prestations et à les délier de leur obligation de garder le secret à ce sujet.

Lieu et date:

Signature de la personne assurée/de son représentant légal

.....



Questionnaire traitement à l'étranger

Etat des coûts

Dates des traitements	Facture établie par (médecin, hôpital, etc.)	Pays	Coûts en devises étrangères	Prière de répondre en cas de séjour à l'hôpital :
				<p>Quelle division hospitalière avez-vous choisie ?</p> <p><input type="checkbox"/> commune <input type="checkbox"/> mi-privée <input type="checkbox"/> privée</p> <p>Vivez-vous en ménage commun avec d'autres membres de votre famille ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
Annexes :		Total des coûts en devises étrangères :		Total des coûts en francs suisses :

Lieu et date : Signature :