



FRAIS DE GUERISON

Autodéclaration TCS – Traitement à l'étranger

Veuillez SVP remplir toutes les rubriques en caractères
d'imprimerie et nous retourner ce formulaire dûment
complété, daté et signé.

TAS Assurances SA
Service des sinistres
Ch. De Blandonnet 4
Case Postale 820
1214 Vernier

Tel. : +41 58 827 64 12
E-mail: Sinistres.eti@tcs.ch
www.tcs.ch

Membre TCS -Nr.: Sinistre N°:

1 Données personnelles du patient

Nom : Date de naissance :
Prénom : Tél :
Rue : E-mail :
NPA, Localité :

1.1 Coordonnées bancaires ou postales

Nom / Prénom du titulaire du compte : IBAN :
.....

2 Motif du séjour à l'étranger

Départ de la Suisse (Date) : Motif: ☐ Vacances ☐ Formation ☐ Voyage d'affaires
Dates du voyage : du : au :

3 Evénement

Pays de traitement : Période de traitement: du au
Adresse du médecin/de l'hôpital/de la clinique :
Pour le premier traitement :
Pour la suite du traitement :

Description détaillée du traitement en cas de maladie / déroulement de l'accident (Description détaillée, activité au moment de
l'accident, personnes impliquées, véhicules, machines etc. Eventuellement utiliser une feuille séparée.):

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

4 Règlement

4.1 Avez-vous utilisé/présenté la Carte européenne d'assurance maladie (LAMal) ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, remise au/à : ☐ Médecin ☐ Hôpital ☐ un(e) autre service/personne :

4.2 Les prestations ont-elles été prises en charge par une assurance sociale obligatoire (LAMal, LAA) ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle ?

5 Maladie => en cas d'accident, passez au point 6 (verso)

☐ Maladie ☐ Maternité : Date d'accouchement prévue : Gynécologue traitant :

Avez-vous été traité(e) en Suisse pour la même affection ?

Avant le séjour : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, ☐ ambulatoire ☐ stationnaire Hôpital/médecin (Nom et adresse)

Après le séjour : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, ☐ ambulatoire ☐ stationnaire Hôpital/médecin (Nom et adresse)

5.1 Nom de l'assurance de base LAMal : N° de contrat :

Avez-vous des assurances complémentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Nom, Adresse des assurances : N° de contrat :

Suite au verso →

6 Accident

☐ **Accident** Date de l'accident : Heure de l'accident :
Lieu de l'accident (indication exacte) :
L'accident s'est produit : ☐ sur le chemin du travail/de l'école ☐ au travail/à l'école ☐ en dehors du travail/de l'école

6.1 Nature de la blessure/des blessures :

Parties du corps concernées (gauche/droite) :

6.2 Si l'accident a été provoqué par un tiers ou par une cause étrangère, prière d'indiquer les nom, adresse et assurance responsabilité civile du tiers ou la nature de la cause étrangère :
.....
.....

6.3 Est-ce qu'un rapport de police a été établi ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, par qui ?

Y a-t-il des témoins ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquer les noms et adresses :
.....

6.4 Êtes-vous indépendant ? ☐ Oui ☐ Non

Nom et adresse de l'employeur (en cas de chômage, indiquer le dernier employeur*)
.....

*Date du dernier jour d'engagement :

Touchez-vous des prestations de la caisse de chômage ? ☐ Oui ☐ Non Si non, pourquoi ?
.....

Nombre d'heures de travail par semaine ☐ 8 heures et plus ☐ moins de 8 heures

6.5 L'accident s'est-il produit avec un véhicule à moteur ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Conducteur de son propre véhicule ☐ Conducteur du véhicule d'un tiers ☐ Passager d'un véhicule

N° d'immatriculation : Existe-t-il une assurance occupants ? ☐ Oui ☐ Non

Annoncé ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, auprès de quelle compagnie ?

6.6 La personne accidentée est-elle encore assurée ailleurs ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, chez qui et pour quelles prestations ?

☐ auprès de l'assurance-accidents obligatoire de l'employeur Nom/Adresse :

☐ auprès d'une compagnie d'assurance privée Nom/Adresse :

☐ auprès d'une autre assurance maladie Nom/Adresse :

Pour quelles prestations :

☐ frais de guérison ☐ div. générales ☐ demi-privé ☐ privé ☐ en complément à l'assurance maladie
☐ perte de gain ☐ LAA ☐ autres ☐Fr/jour ☐% du salaire

7 Confirmation et procuration

Le soussigné confirme avoir répondu aux questions ci-dessus de manière complète et conforme à la vérité.

Le soussigné autorise le TCS, respectivement TAS Assurances SA, à consulter les documents officiels et médicaux auprès des autres organismes d'assurance, des médecins, des hôpitaux, de l'employeur, de la police et du tribunal. Il délègue les organismes des assurances sociales, les assureurs privés et les autres organismes mentionnés ci-dessus de leur obligation légale et contractuelle de garder le secret vis-à-vis du TCS et de TAS Assurances SA, notamment le secret professionnel des médecins, les secrets visés à l'art. 62 LPD et 33 LGPA, ainsi que les secrets prévus dans d'autres législations fédérales ou cantonales. Par ailleurs, le soussigné accepte que le TCS et TAS Assurances SA transmettent les données nécessaires au traitement des sinistres à des tiers, à savoir aux assureurs impliqués, et qu'ils recueillent les informations requises auprès de ceux-ci. Si le bénéficiaire peut faire valoir contre des tiers des prétentions correspondant à des prestations fournies par le TCS, respectivement TAS Assurances SA, le bénéficiaire cède ses prétentions à ces derniers.

.....
Lieu et date

.....
Signature de la personne assurée ou de son représentant légal