

Déclaration de maladie ou d'accident lors d'un séjour à l'étranger

Nous vous prions de bien vouloir répondre à toutes les questions adéquates de manière précise et complète (pas de traits) et de nous renvoyer l'avis de maladie ou d'accident par retour du courrier. Ce formulaire doit être complété par l'assuré/l'assurée ou son/sa représentant/-e légal/-e.

Personne assurée

Nom _____ No de police
Prénom _____ Date de naissance _____
Téléphone / Mobile _____ E-Mail _____

Séjour à l'étranger (uniquement en cas de domicile en Suisse avec un emploi à l'étranger ou si l'événement s'est produit hors du pays de domicile à l'étranger)

Durée du séjour à l'étranger du _____ au _____

Raison du séjour à l'étranger

Vacances	Etudes/école
Voyage d'affaires	Travailleur détaché
Traitement médical	Résidence secondaire
Autres raisons	

Où avez-vous votre domicile? _____

Raison et durée du traitement

Diagnostic _____ Accident Oui Non

Traitement du _____ au _____

Dans quel pays avez-vous contracté la maladie ou subi l'accident? _____

Avez-vous transmis votre carte d'assurance KPT? (Ne concerne que les événements survenus en UE/AELE) Oui Non

Coûts du traitement

Pays de traitement _____

Indication sur la monnaie du pays et sur le cours de change appliqué _____

Attention : les questions 1, 2, 8 et 9 ne doivent être complétées qu'en cas d'accident.

1 Nom et adresse de l'employeur au moment de l'accident (également en cas de travail accessoire ou d'apprentissage à l'essai)

Horaire de travail _____ Jours / semaine _____ Heures / Semaine

En cas de chômage:

Quand et auprès de qui avez-vous travaillé en dernier lieu? _____

Avez-vous touché depuis lors des indemnités de l'assurance-chômage? Oui, du _____ au _____ Non

2 Déroulement de l'accident

Date de l'accident _____ Heure _____ Lieu _____

Description précise du déroulement et de l'accident (lieux, conditions météorologiques, personnes impliquées, véhicules, machines, animaux)

L'accident a-t-il eu lieu sur le chemin du lieu de travail/de l'école? Oui Non

L'accident a-t-il été causé par une tierce personne? Oui Non

(En ce qui concerne les accidents de circulation, voir les questions complémentaires)

Nom, adresse et no de tél. de celle-ci

Nom et adresse de l'assureur responsabilité civile de ladite personne (désignation précise et numéro de police)

Témoins (noms, adresses, no de tél.)

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

Par quel poste? _____

3 Factures des médecins consultés

No.	Médecin traitant	Nombre de visites, consultations, etc.	Montant en monnaie étrangère	Montant en CHF
	Dr. med.			
	Dr. med.			
	Dr. med.			

4 Factures pour prestations spéciales

No	Nombre	Indications	*Indications relatives aux parties du corps, etc.	Montant en monnaie étrangère	Montant en CHF
		Radiographie/s*			
		Examens de laboratoire			

5 Factures de pharmacie (joindre l'ordonnance médicale)

No.	Inscrire chaque médicament séparément (nom du médicament)	Montant en monnaie étrangère	Montant en CHF

6 Coûts divers (physiothérapie, moyens auxiliaires, transport, etc.)

No	Nom et adresse du fournisseur de prestations	Montant en monnaie étrangère	Montant en CHF

7 Facture d'hôpital

Date d'entrée	Date de sortie	Montant en monnaie étrangère	Montant en CHF
Pension	Nombre de jours		
Autres frais: (salle d'opérations, analyses, médecin, etc.)			
Genre d'opération/s ou raison du traitement			

8 Autres assurances

Par laquelle des assurances ci-après mentionnées êtes-vous obligatoirement assuré/-e et/ou à titre complémentaire contre les accidents, et dans quelle mesure? Existe-t-il une couverture des frais de guérison (par ex. totale ou en complément à la caisse-maladie)? Etes-vous assuré/-e contre la perte de gain? Si oui, dans quelle mesure?

Veillez remplir exactement ce qui convient. S'il n'existe aucune autre assurance-accidents, il y a lieu de marquer d'une croix chaque case portant la mention «non».

Assurance		Organisme assureur	
Assurance-accidents obligatoire de l'employeur (selon LAA)	Oui	Nom	_____
	Non	Agence	_____
Assurance supplémentaire/complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire de l'employeur (selon LAA)		No de police	_____
	Oui	Nom	_____
	Non	Agence	_____
Assurance-accidents privée		No de police	_____
	Oui	Nom	_____
	Non	Agence	_____
Autres assurances (par ex. auprès d'un club sportif)		No de police	_____
	Oui	Nom	_____
	Non	Agence	_____
Avez-vous conclu un accord en cas de dommages?		No de police	_____
	Oui	Avec qui?	_____
Touchez-vous une rente de l'assurance-invalidité fédérale, de la SUVA, AA, AM ou d'une assurance privée?	Non	Quelle en est le teneur?	_____
	Oui	De laquelle?	_____ Depuis quand? _____
	Non	Rente mensuelle CHF	_____
		Invalidité	_____ %

9 Questions complémentaires en cas d'accident de la circulation

	Véhicule utilisé par vous	Véhicule entré en collision
	Genre (p.ex. vélo, vélomoteur, voiture) _____	Genre (p.ex. vélo, vélomoteur, voiture) _____
	No d'immatriculation. _____	No d'immatriculation. _____
Détenteur (propriétaire)	Nom _____ Adresse _____ No de tél. _____	Nom _____ Adresse _____ No de tél. _____
Assurance responsabilité civile	Nom _____ Adresse _____ No de tél. _____	Name _____ Adresse _____ No de tél. _____
Remarques	_____ _____	

Le/la soussigné/-e déclare avoir répondu à toutes les questions de manière véridique et complète et autorise la KPT à prendre connaissance de tous les documents relatifs à l'accident (par ex. documents médicaux, dossiers de la SUVA, de l'AM et de l'assureur privé contre les accidents, documents officiels).

Obligation d'informer (art. 27 LPGA)

Veuillez examiner l'obligation de prise en charge d'autres assurances sociales, notamment l'AVS/AI, l'assurance militaire, l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, ainsi que les prestations éventuelles de l'aide aux victimes d'infraction.

La KPT ne verse ses prestations dans le cadre des conditions d'assurance que dans la mesure où toutes les factures originales pour les coûts mentionnés dans cette déclaration de maladie ou d'accident lors d'un séjour à l'étranger sont jointes à la présente. Pour éviter toute difficulté lors du décompte des prestations, nous vous invitons à nous envoyer des justificatifs aussi détaillés que possible et à les compléter au besoin par une explication.

Les conditions générales (CGA), spéciales (CS) d'assurance et les tarifs correspondants font foi.

Lieu et date **X** _____

Signature **X** _____
Assuré/-e ou représentant/-e légal/-e