

# Annonce du cas

## Protection juridique des patients ou à l'étranger

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par son représentant légal. Nous vous prions de compléter le formulaire et de nous le faire parvenir dans les meilleurs délais à l'adresse indiquée à la dernière page du formulaire en question. Sans vos informations, nous ne pouvons pas vérifier votre droit aux prestations. Nous vous remercions de votre coopération.

Avez-vous des questions? Notre Centre de service-clientèle 0844 277 277 se fera un plaisir de vous répondre.

Numéro client

### 1 Renseignements généraux

#### 1.1 Personne assurée

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### 1.2 Contact

N° de téléphone privé	N° de téléphone mobile	N° de téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A quelle heure est-il possible de vous joindre?	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Où? <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Professionnel		
Personne de contact en cas de questions		
<input type="text"/>		

#### 1.3 Indications concernant la couverture d'assurance (à remplir par la CSS)

##### CSS Assurance SA:

- Assurance ambulatoire myFlex y c. assurance de protection juridique des patients (Orion PJP n° de police 1.248.851)
- Assurance ambulatoire myFlex y c. assurance de protection juridique à l'étranger (Orion PJE n° de police 1.248.852)
- Assurance de protection juridique des patients (Orion n° de police 1.262.223)
- Assurance de protection juridique à l'étranger dans le cadre de l'assurance voyages (Orion n° de police 1.262.224)
- Protection juridique des patients, anciennement INTRAS (Orion n° de police 1.245.965)
- Assurance ambulatoire y c. assurance de protection juridique des patients, anciennement Sanagate (Orion PJP n° de police 1.262.225)
- Assurance ambulatoire y c. assurance de protection juridique à l'étranger, anciennement Sanagate (Orion PJE n° de police 1.262.226)

#### 1.4 Indications concernant le sinistre

S'il s'agit d'un sinistre concernant l'assurance de protection juridique des patients, veuillez remplir les points 2, 4, 5 et 6.

S'il s'agit d'un sinistre concernant l'assurance de protection juridique à l'étranger, veuillez remplir les points 3, 4, 5 et 6.

### 2 Protection juridique des patients

#### 2.1 Indications concernant le fournisseur de prestations

Où avez-vous été traité(e)?  Hôpital  Cabinet  Ailleur

Nom et adresse du fournisseur de prestations (hôpital, médecin, etc.)

Prénom	Nom	N° de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rue, N°

NPA/Localité

Nom du spécialiste qui, d'après vous, a commis l'erreur de traitement/l'erreur médicale:

Prénom

Nom

N° de téléphone

Rue, N°

NPA/Localité

## 2.2 Indications concernant le dommage

Quand a été prodigué le traitement erroné/l'erreur médicale commise?

Date

Selon vous, où réside l'erreur de traitement/l'erreur médicale?

Description précise

Quelles douleurs ressentez-vous depuis ce traitement?

Description précise

Subissez-vous une incapacité de travail?

 Oui Non

## 3 Protection juridique à l'étranger

### 3.1 De quoi s'agit-il?

#### 3.1.1 Quand l'événement a-t-il eu lieu?

Date

#### 3.1.2 Où l'événement a-t-il eu lieu?

Lieu, pays

#### 3.1.3 Que s'est-il passé? (Prière de procéder à une description exacte et détaillée de l'événement, éventuellement avec croquis et photos)

(Si besoin, utilisez une autre feuille.)

3.1.4 En quoi n'êtes-vous pas d'accord et que désirez-vous obtenir?

3.1.5 Envers qui désirez-vous la protection juridique?

**3.2 Description du dommage subi**

3.2.1 Quelqu'un a-t-il été blessé?

Oui  Non

Si oui: Qui?

Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genre de blessures

Médecin-traitant/Hôpital

Assurance-accidents auprès de SUVA

Oui  Non

Autres assurance-accidents

Nom de la compagnie	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Caisse maladie

Nom de la caisse maladie	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2.2 Y a-t-il eu des dégâts matériels?

Oui  Non

Si oui: Nature des dégâts?

Description précise

Montant approximatif des dégâts

CHF

Quand et où peut-on inspecter l'objet en dommagé?

Description précise

Vos propres assurances tenues éventuellement à indemniser:

Nom de la compagnie	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom de la compagnie	N° de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3.3 Accident de la circulation ou violation des règles en matière de circulation

#### 3.3.1 Indications sur le véhicule utilisé:

Prénom du détenteur

Nom du détenteur

Rue, N°

NPA/Localité

N° des plaques d'immatriculation

Nom, adresse de l'assurance responsabilité civile du véhicule utilisé

#### 3.3.2 Au cas où votre véhicule aurait subi des dommages:

Y a-t-il une assurance casco?

Casco complète

Casco partielle

Non

Si oui:

Nom, adresse de l'assurance casco

Le sinistre a-t-il déjà été annoncé?

Oui

N° sinistre

Non

Votre véhicule a-t-il déjà été réparé?

Oui (joindre la facture)

Non

Une expertise a-t-elle été demandée?

Oui

Non

Si oui, par:

Nom, adresse

#### 3.3.3 Conducteur du véhicule (à remplir seulement s'il n'est pas identique au preneur d'assurance ou au détenteur)

Prénom

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

N° de téléphone privé

N° de téléphone mobile

N° de téléphone professionnel

E-mail

3.3.4 Le conducteur de votre véhicule était-il titulaire d'un permis de conduire valable?

Oui

Non

3.3.5 Un constat d'accident a-t-il été établi?

Oui

Non

Si oui, par qui?

Police

Conducteurs impliqués

Autres

#### 4 Pièces justificatives et moyens de preuve

Contrats, correspondance concernant le cas

Date de la notification de la décision

Décisions émanant des autorités

Le cas échéant voie de droit déjà saisie

Procès-verbal d'accident

Rapport de police

Certificats médicaux (en cas d'incapacité de travail)

Facture du médecin et de l'hôpital

Photos

Facture de la réparation, quittances et autres pièces justificatives relatives au dommage subi

Copie des déclarations de sinistre aux autres assurances (p. ex. responsabilité civile ou casco complète)

Témoins

Nom, adresse

Autres annexes

#### 5 Données supplémentaires

Avez-vous (ou la personne assurée) d'autres assurances de protection juridique?

Oui  Non

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police

#### 6 Signature pour la procuration

Dans la mesure nécessaire au règlement du sinistre, Orion Assurance de Protection Juridique SA, la CSS Assurance-maladie SA et la CSS Assurance SA traitent les données que la personne soussignée leur communique ainsi que celles obtenues auprès de tiers avec son consentement. La personne soussignée autorise les assureurs précités à consulter les documents nécessaires à l'exécution du contrat en lien avec le cas juridique en question, à les échanger entre eux au besoin et à entreprendre tous les actes juridiques qui paraissent utiles et nécessaires. En outre, la personne soussignée délègue les avocats, les médecins ainsi que les médecins-conseils des assureurs précités du secret professionnel en rapport avec le cas déclaré.

La déclaration de protection des données de la CSS Assurance SA (sur [css.ch](http://css.ch)) s'applique également.

Localité

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

Envoyer à:  
CSS Assurance SA  
Centre de compétence Ass. spéciales  
Case postale 2568  
6002 Lucerne